

**PERCEÇÃO E VALORAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE
ABUSO SEXUAL EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES
PELOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM**

CARLA ISABEL ALVES DOS REIS LADEIRO

Dissertação de Mestrado em Medicina Legal

2014

CARLA ISABEL ALVES DOS REIS LADEIRO

**PERCEÇÃO E VALORAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ABUSO
SEXUAL EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES PELOS
PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM**

Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em
Medicina Legal submetida ao Instituto de Ciências
Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do
Porto.

Orientadora – Professora Doutora Jeni Canha

Categoria – Professora Associada Convidada

Afiliação – Faculdade de Medicina da Universidade
de Coimbra

*“O mundo é um lugar perigoso de se viver,
não por causa daqueles que fazem o mal,
mas sim por causa daqueles que observam
e deixam o mal acontecer”*

Albert Einstein

AGRADECIMENTOS

As primeiras palavras de agradecimento vão para a Professora Doutora Jeni Canha, que desde o início acompanhou e orientou este trabalho. Pela sua disponibilidade, incentivo e pelas enriquecedoras trocas de ideias com que me presenteou ao longo deste percurso.

À Professora Dr.^a Maria José Carneiro de Sousa Pinto da Costa, pelo seu carisma, frontalidade, simpatia, compreensão, apoio e pela oportunidade que concede aos mais variados profissionais, das mais variadas ciências e artes, de participar nos seus programas formativos.

A todos os meus colegas do Serviço de Pediatria Médica do Hospital Pediátrico de Coimbra pelo incentivo, apoio, ajuda e carinho prestados ao longo deste período.

Aos que participaram na recolha de dados, pela disponibilidade em participar de forma gratuita e empenhada neste trabalho.

A toda a equipa da Qualinvest uma especial gratidão pela disponibilidade e empenho com que me acompanhou e tornou possível a entrega desta dissertação no prazo estabelecido.

Aos meus familiares e amigos pela paciência, apoio e incentivo.

A todos que de forma directa ou indirecta tornaram este trabalho possível pelas palavras de incentivo, pelo apoio e ajuda prestados neste período, particularmente na fase final deste projecto.

A todos sem excepção

Muito obrigada!

SIGLAS E ABREVIATURAS

E.C.A.S. – Escala de Crenças sobre o Abuso Sexual

C.D.C. – Convenção dos Direitos da Criança

CHUC-EPE – Centro Hospitalar Universitário de Coimbra - Entidade Pública Empresarial

C.P. – Código Penal

C.P.C.J. – Comissão de Proteção a Crianças e Jovens

C.P.P. – Código Penal Português

D.G.S. – Direção Geral de Saúde

H.P.C. – Hospital Pediátrico de Coimbra

I.N.M.L. – Instituto de Medicina Legal

M.P. – Ministério Público

O.E. – Ordem dos Enfermeiros

RESUMO

O abuso sexual de menores é, atualmente, uma das maiores ameaças ao bem-estar e segurança das crianças e adolescentes, assumindo-se como um problema de saúde pública (Canha, 2003; Magalhães, 2010). A sua prevenção e tratamento exigem um esforço coordenado e multidisciplinar, em que o enfermeiro pode assumir um papel central. Contudo, a dificuldade em identificar e gerir estas situações, e as suas próprias emoções, podem inibir a atuação destes profissionais

O nosso objetivo foi conhecer a percepção e valoração dos enfermeiros de um Hospital Pediátrico relativamente ao diagnóstico de abuso sexual em crianças e adolescentes. Realizou-se um estudo exploratório e descritivo, quantitativo e qualitativo, em que participaram 70 enfermeiros (64 mulheres) selecionados por amostragem não probabilística acidental, entre fevereiro e maio de 2014. Aplicou-se um questionário constituído por questões sociodemográficas e profissionais, cinco questões abertas e a Escala de Crenças sobre Abuso Sexual (Machado, Gonçalves e Matos, 2000).

Da análise de conteúdo às questões abertas, destacam-se algumas respostas de acordo com as cinco categorias: A) Significado – é referido o abuso sexual como: comportamento desadequado (8/70), manipulação (11/70), obtenção de prazer sexual (17/70), não respeito pela intimidade (9/70), sendo sobretudo uma prática sexual (25/70) mas também violação física ou moral (22/70); B) Sentimentos, - mencionam sentir revolta/raiva (54/70), frustração (21/70), tristeza (17/70), repulsa (14/70), medo (10/70), angústia (10/70); C) Conhecimento – foi considerado preponderante o abuso no seio intrafamiliar (63/70) e no sexo feminino (50/70); D) Formação - o que sabem aprenderam na licenciatura/ outros cursos (17/70), por auto-formação (8/70) ou pela experiência profissional (26/70), não têm formação específica (26/70) ou pouca formação/informação (17/70); E) Formas de atuação – referiram ser importante proporcionar um ambiente calmo/privacidade (11/70), dar tempo à pessoa para falar (16/70), estabelecer relação de confiança (31/70), encaminhar para entidade competente (35/70) ou solicitar envolvimento multiprofissional (16/70). Verificou-se ainda que 51 dos 70 enfermeiros já tinha cuidado de pelo menos uma situação de abuso deste tipo.

Quanto à Escala de Crenças sobre Abuso Sexual, (18,5%) dos inquiridos legitima o abuso pela sedução infantil, 11,4% apenas considera o abuso sexual em crianças pequenas e a acontecer com adolescentes a culpa será destes. No entanto, discordam

que os relatos das crianças e adolescentes sejam fantasias suas, que o relato tardio ou a inexistência de penetração neguem o abuso sexual.

Conclui-se pela constatação surpreendente de algumas falsas crenças e pela deficitária percepção e valoração dos enfermeiros do diagnóstico de abuso sexual em crianças e adolescentes. São reconhecidas pelos inquiridos dificuldades no reconhecimento e orientação destes casos pela falta de formação e de condições para atuação. É premente a formação dos profissionais, a divulgação de protocolos de atuação com definição de linhas de condutas orientadoras, campanhas de sensibilização e apoio aos profissionais, para uma atuação futura mais eficaz.

Palavras-chave: Abuso Sexual, Crenças, Percepções, Enfermagem.

ABSTRACT

Child sexual abuse is currently one of the biggest threats to the well-being and safety of children and teenagers, thus being considered as a Public Health issue (Canha, 2003; Magalhães, 2010). Its prevention and treatment require a coordinated and multidisciplinary effort, in which nurses can have a central role. However, the difficulty in identifying and managing these situations and nurses' own emotions can prevent these professionals from playing this role.

Our goal was to understand the perception and valuing of the nursing staff from a Paediatric Hospital, regarding the diagnosis of child sexual abuse. A descriptive and exploratory study was conducted on 70 nurses (64 women) selected by a non-probabilistic, accidental sampling, comprising the period from February to May, 2014. The questionnaire applied included socio demographic and professional questions, five open questions and the Escala de Crenças sobre Abuso Sexual (Machado, Gonçalves e Matos, 2000).

From the content analysis of the open questions, five categories emerged: A) Significance - where sexual abuse is referred as: inappropriate behaviour (8/70), manipulation (11/70), obtaining sexual pleasure (17/70), disrespect for the intimacy (9/70), being mainly a form of sexual intercourse (25/70) but also physic or moral violation (22/70); B) Feelings - including anger/revolt (54/70), frustration (21/70), misery (17/70), repulse (14/70), fear (10/70) anguish (10/70); C) Knowledge – occurrence within the family (63/70) and involving female children (50/70) was considered preponderant; Education – does the knowledge comes from a degree/ other courses (17/70), self-education on the subject (8/70), professional experience (26/70), absence of specific education on the subject (26/70) or insufficient information (17/70); E) Forms of action – it was considered important a calm/private environment (11/70), allow the person enough time to speak (16/70), establish a relation of trust (31/70), forward to the appropriate entity (35/70), ask for multi professional involvement (16/70). It was also noted that 51 out of the 70 nurses had dealt with at least a situation of abuse of this kind.

Regarding the Escala de Crenças sobre Abuso Sexual, 18,6% of the nurses explains the abuse by infantile seduction, 11,4% only considers sexual abuse when it involves small children, stating that when teenagers are involved, they are the ones to blame. However, they disagree on the fact that the description of the events by children and teenagers

might be a fantasy of theirs, and also that late reporting of the events or the absence of penetration deny the sexual abuse.

We conclude by acknowledging a surprising existence of some false beliefs and deficient perception and valuing of the diagnosis of child and adolescent sexual abuse by the nursing staff. Nurses also reveal difficulties in recognising and orientation of these cases, mainly due to the lack of education and ideal conditions to perform. It is mandatory that professionals receive training, the creation of guidelines, awareness campaigns and to support professionals in order to have a more effective performance in the future.

Keywords: Sexual abuse, Beliefs, Perceptions, Nursing.

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1 - Esquema representativo das categorias	51
Figura 2 – Esquema representativo dos indicadores para a categoria “Significado”	52
Figura 3 – Esquema representativo dos indicadores para a categoria “Sentimentos”	56
Figura 4 – Esquema representativo dos indicadores para a categoria “Formação”	59
Figura 5 – Esquema representativo dos indicadores para a categoria “Formas de Atuação”	63

ÍNDICE DE GÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1 – Número de profissionais que já contactou com crianças vítimas de abuso sexual	67
Gráfico 2 – Estatísticas descritivas das opiniões dos enfermeiros relativamente ao abuso sexual de crianças e adolescentes (ECAS).	70
Gráfico 3 - Médias dos factores da Escala de crenças em relação ao abuso sexual (ECAS)	71

ÍNDICE

	Pág.
AGRADECIMENTOS	III
SIGLAS E ABREVIATURAS.....	IV
RESUMO.....	V
ABSTRACT.....	VII
ÍNDICE DE FIGURAS	IX
ÍNDICE DE GÁFICOS	IX
ÍNDICE	X
INTRODUÇÃO	1
1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	4
1.1 O DIAGNÓSTICO DE ABUSO SEXUAL EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES.	4
1.1.1 Breve Perspetiva Histórica.....	4
1.1.2 Conceito de Abuso Sexual	8
1.1.3 Caraterização do Abuso Sexual	11
1.1.3.1 Dinâmicas do Abuso Sexual	12
1.1.3.2 Caraterísticas do Abuso Sexual Intrafamiliar	14
1.1.3.3 Síndrome do Segredo.....	18
1.1.3.4 Consequências do Abuso Sexual	20
1.1.3.5 Resiliência como Estratégia de Coping	23
1.2 INTERVENÇÃO DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM EM SITUAÇÕES DE SUSPEITA DE ABUSO SEXUAL EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES	26
1.2.1 O Papel do Enfermeiro Face ao Diagnóstico de Abuso Sexual	27
1.2.1.1 Indicadores Físicos e Comportamentais da Criança e Adolescente Vitimizadas	28

1.2.1.2	A Importância do Exame Médico-Legal a Criança e Adolescente Vítima de Abuso Sexual	30
1.2.1.3	Como Intervir em Situações de Abuso Sexual a Crianças e Adolescentes	33
1.2.2	Vivência do Profissional de Enfermagem Perante uma Suspeita de Abuso Sexual	39
1.2.2.1	Sentimentos Experienciados Face à Situação	39
1.3	PERSPETIVA ÉTICO-LEGAL DA CRIANÇA E ADOLESCENTE VÍTIMA DE ABUSO SEXUAL	41
2	ESTUDO EMPIRICO.....	45
2.1	METODOLOGIA	45
2.1.1	Tipo de Investigação.....	46
2.1.2	População Alvo e Participantes	47
2.1.3	Instrumento de Colheita de Dados	47
2.1.4	Questões Éticas	48
2.2	RESULTADOS.....	49
2.2.1	Significado.....	51
2.2.2	Sentimentos	55
2.2.3	Conhecimento	58
2.2.4	Formação.....	58
2.2.5	Formas de Atuação	62
2.3	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	71
	CONCLUSÃO	78
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	82

APÊNDICES

APÊNDICE I - “Instrumento de Colheita de Dados”

APÊNDICE II – Autorização do Conselho de Administração do CHUC-EPE para a Realização do Projeto de Investigação

APÊNDICE III – Consentimento Informado

APÊNDICE IV- Lista completa de Categorias, Indicadores, Unidades Naturais de Significado e Unidades de Enumeração da percepção dos enfermeiros relativamente ao abuso sexual de crianças e adolescentes

INTRODUÇÃO

A sexualidade humana deverá ser vivida na sua plenitude, de forma harmoniosa e com autonomia pessoal, expressa através do consentimento. Contudo, e não raras vezes, praticam-se infrações a esta componente tão importante do ser humano, expressas em comportamentos que vão desde o exibicionismo, à pedofilia, ao lenocínio, à agressão, ao abuso sexual, entre outros (Calabuig, 2004).

O abuso sexual em crianças ou adolescentes, segundo alguns autores, traduz-se pelo envolvimento dos mesmos em práticas que visam a “gratificação e satisfação sexual de um adulto ou outra pessoa mais velha e mais forte” (Canha, 2003, p. 34) “numa posição de poder ou autoridade sobre aquele” (Magalhães, 2010, p. 8).

Corroborando os autores supracitados, Calabuig (2004) refere que o abuso sexual consiste na existência de uma relação de carácter sexual não consentida, atingida através de intimidação, coação ou violência. É uma ação delinquente e punível legalmente e que possui um grande relevo, a nível social e médico-legal, quer pelas consequências psico-fisiológicas que acarreta, quer pela influência que exerce a nível de medidas jurídicas, de segurança e de proteção à vítima.

O abuso sexual de menores assume atualmente uma grande preocupação social. Tem sido objeto de estudo e motivo de reflexão, talvez pelo facto da comunicação social nos últimos anos, trazer a conhecimento público esta realidade escondida.

As causas do abuso sexual infantil não são bem esclarecidas, acredita-se que são vários os fatores que podem contribuir para esta situação, nomeadamente baixa condição económico-socio-cultural, exposição ao stress, hábitos de alcoolismo, dependência de drogas e características próprias dos pais e das crianças (Furniss, 1993).

O abuso sexual além de poder provocar danos físicos mais ou menos graves à criança e adolescente pode também estar na origem de perturbações psicoafectivas que os acompanharão para toda a vida e, em situações mais violentas, poderão inclusivamente ser fatais (Canha, 2003; Habigzang & Caminha, 2004; Pfeifer & Salvagni, 2005).

Estes abusos podem revestir características e consequências diferentes, conforme aconteçam na forma intra ou extra-familiar, como tal, as circunstâncias singulares justificam diferentes graus de dificuldade na sua deteção e diagnóstico, bem como, diferentes formas de intervenção junto das vítimas, dos abusadores e das suas famílias.

Este flagelo é entendido, atualmente, como uma das maiores ameaças ao bem-estar e segurança das crianças e dos adolescentes. No entanto, prevenir e tratar situações desta natureza não constitui tarefa fácil, requerendo um grande esforço e um trabalho coordenado dos diferentes profissionais envolvidos, da administração pública, e da sociedade em geral.

A violência sexual contra a criança e adolescente tem tomado efetivamente dimensões assustadoras, configurando um problema de Saúde Pública, entendendo-se, assim, necessário questionar o papel do profissional de Enfermagem perante esta problemática.

O enfermeiro, como um profissional possuidor de uma visão holística do ser humano, mais facilmente se sensibilizará acerca da sua responsabilidade na deteção de aspetos determinantes da suspeita de abuso sexual de crianças e de adolescentes, dando suporte ao seu referencial estratégico no cuidado e prevenção.

Neste sentido, o enfermeiro deve adotar uma postura como cidadão e como profissional de saúde com a responsabilidade assim exigida, de forma a contribuir para a luta contra o abuso sexual e promover a assistência à criança e adolescente/família vítimas desta adversidade tendo consciência dos aspetos ético-legais, bem como da dimensão do problema envolvendo todo o contexto económico-socio-cultural em que na maioria das vezes ele se encontra inserido.

Com a realização deste trabalho pretende-se conhecer a perceção e a valoração dos profissionais de enfermagem dos serviços de internamento do Hospital Pediátrico de Coimbra Dr. Carmona da Mota – Centro Hospitalar Universitário de Coimbra (CHUC) relativamente ao diagnóstico de Abuso Sexual em Crianças, assim como, analisar e refletir sobre as suas intervenções de forma a definir linhas orientadoras de uma atuação futura mais eficiente e eficaz.

Pretende-se, ainda, que os resultados obtidos possam vir a contribuir de alguma forma para salvaguardar os direitos das vítimas além de poder conduzir a resultados com implicações na prática clínica na área específica do abuso sexual.

O presente trabalho encontra-se estruturado em duas partes distintas. A primeira parte destina-se à contextualização da investigação, incorporando uma revisão da literatura relevante para a explicitação da problemática e aspetos centrais do fenómeno em estudo, nomeadamente, em relação ao diagnóstico de Abuso Sexual e à intervenção do profissional de enfermagem em situações de suspeita de abuso sexual em crianças e/ou adolescentes.

A segunda parte contempla o processo de investigação no que diz respeito à percepção e valoração do diagnóstico de abuso sexual em crianças e adolescentes pelos profissionais de enfermagem.

Do estudo resultarão conhecimentos e competências para os profissionais de enfermagem com objetivo de melhorar as suas práticas nos cuidados às crianças e adolescentes com suspeita ou vítimas de abuso sexual tornando assim a instituição hospitalar em questão cada vez mais prestigiada (elite).

Na conclusão, far-se-á uma síntese dos aspetos mais relevantes deste estudo e algumas reflexões pessoais com o objetivo de ajudar todos aqueles que fazem do seu trabalho uma “batalha” pelos Direitos da Criança.

1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O início de qualquer estudo pressupõe a necessidade de ampliar e precisar conhecimentos na área em questão de forma a servir de suporte teórico ao tema a explorar.

Com este capítulo inicia-se o desenvolvimento do enquadramento contextual, com uma seleção dos assuntos mais pertinentes no domínio do tema fazendo-se uma breve abordagem ao diagnóstico de abuso sexual e à intervenção do profissional de enfermagem nas situações de suspeita, bem como, referência aos aspetos ético-legais.

1.1 O DIAGNÓSTICO DE ABUSO SEXUAL EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

“As crianças são, por natureza seres frágeis, dependentes e indefesos, o que os torna particularmente vulneráveis a todo o tipo de violência, abuso ou exploração” (Canha, 2003, p.17).

Desta forma, e para que se possa compreender o que é o abuso face a uma situação em particular, é exigível uma intervenção multidisciplinar, bem articulada, diferenciada e experiente, de forma a conduzir a investigação para um diagnóstico correto e preciso (Magalhães, 2010).

A história da “violência exercida sobre a criança, ao longo dos tempos, confunde-se com a história da humanidade” (Canha, 2003, p.18), daí a importância de se fazer uma breve abordagem da história do abuso sexual.

1.1.1 Breve Perspetiva Histórica

“O testemunho da criança, relativamente ao ter sido abusada sexualmente era simplesmente ignorado, atribuído a uma fantasia infantil, ou mesmo menosprezado, devido à suposta incapacidade infantil de testemunhar” (Machado, 2002 p. 41).

Até meados do século XVII, o período de infância era desvalorizado, pelo que as crianças não eram merecedoras de qualquer tipo de cuidado ou proteção, quer dos pais, quer por parte da sociedade em geral. Nessa altura, as crianças com idades inferiores aos sete anos eram envolvidas em brincadeiras e jogos sexualizados com os adultos, atividades consideradas como parte de um processo natural de socialização (Almeida, 2003; Fávero, 2003).

Na civilização grega e romana era aceite que os adultos se envolvessem sexualmente com crianças e jovens. Existiam casas de prostituição específicas com crianças. Na civilização romana, a utilização de adolescentes em relações sexuais estava institucionalizada. As crianças eram usadas para entretenimento sexual de cuidadores e criados jovens, sendo estes considerados os principais responsáveis por estes abusos; no entanto, em determinados testemunhos pictóricos pode ver-se mãe e filho em posturas que são sinais iconográficos de amor sexual (Pacheco, 1998 cit. por Fazenda, 2010).

Plutarco afirmava que os jovens romanos livres usavam uma bola de ouro ao pescoço para que os adultos os identificassem perante um grupo de jovens despidos para a possibilidade de uma relação sexual. Na Babilónia as crianças eram utilizadas nos templos para a prostituição. No Egito, praticavam-se relações sexuais com meninas de classes sociais altas, como prática religiosa, que continuava até ao aparecimento da menarca. A venda de crianças a prostíbulos era prática frequente na Pérsia, China e Índia (Canha, 2003; Magalhães, 2005).

Podemos pois afirmar, que até ao séc. XVII, a criança, ocupava um papel muito reduzido, quer na família quer na sociedade. Só mais tarde, é que se vem a assistir a transformações importantes no que diz respeito à conceção da infância, como o reconhecimento e o seu valor e a reprovação social de práticas sexuais com as crianças, nomeadamente, do incesto abrindo caminho para a valorização da problemática do Abuso Sexual (Almeida, 2003)

Na segunda metade do século XVIII, Jean Jacques Rousseau, reconhecendo a infância como um período que deve ser valorizado, chamou a atenção para o fato de as crianças terem direitos a ser respeitados e necessidades a ser atendidas (Magalhães, 2002), declarando assim, a criança como um ser com valor próprio e digna de respeito. Entre direitos esses nos quais se incluía o de não ser fisicamente punida (Magalhães, 2010).

Em 1860, em França, Ambroise Tardieu médico legista francês (patologista forense), apresenta à comunidade científica o resultado de um trabalho sobre os maus tratos a crianças. No entanto, *“Étude médico-légale sur les services et mauvais traitements*

exercés sur les enfants”, não foi bem recebido nem valorizado pelos seus pares (Magalhães, 2002; Canha, 2003)). Foi necessário mais de um século para se reagir de forma adequada a este fenómeno, com o caso de Mary Ellen, o primeiro oficialmente reconhecido como uma situação de abuso sexual de criança pelos pais adotivos (Canha, 2003; Magalhães, 2010). O reconhecimento dos direitos das crianças e as leis em seu favor surgiram, fundamentalmente apenas no século XX, mas até aos anos 60 a comunidade científica não mostrou qualquer interesse sobre esta temática, evoluindo a sociedade no sentido do reconhecimento de que o tratamento das crianças deve reunir o mínimo de qualidades (Canha, 2003; Fávero, 2003).

Depois de séculos de silêncio por parte dos estudiosos e cientistas, é no final do século XIX e na sequência da Revolução Industrial, que Freud surge como um dos primeiros autores a centrar a atenção no abuso sexual e no seu impacto psicológico. Através da sua prática clínica, concluiu que muitas das suas pacientes tinham sido vítimas de abuso sexual na infância e que essa experiência tinha consequências psicológicas, relacionando-a com a etiologia da histeria (Machado, 2002). Contudo, no ano seguinte, e com a formulação da teoria do Complexo de Édipo, Freud atribui os relatos de abusos à fantasia e à resolução desse complexo. Deste modo, o que parecia ser um contributo importante na valoração do fenómeno do abuso sexual e dos seus efeitos traumáticos, acabou por se traduzir na ideia errada de que as experiências abusivas vividas na infância seriam fantasiadas.

O interesse dos profissionais por esta problemática sofreu, ao longo do tempo, oscilações, com períodos de grande interesse e outros de repressão e desinteresse (Fávero, 2003).

Foi ainda, no século XX com a intervenção do pediatra Kempe, que se evoluiu no reconhecimento e na denúncia do mau-trato a crianças, à qual a violência física, foi discutida e confirmada sendo denominada como a Síndrome da Criança Maltratada, objeto de publicação do artigo *The Battered-Child Syndrome* (Canha, 2003; Magalhães, 2010). Mais tarde esta designação é substituída pelo termo “Child Abuse” incluindo não só as crianças com maus tratos físicos, mas também aquelas que apresentavam manifestações de privação emocional, afetivas e nutritivas, crianças negligenciadas ou mesmo abusadas sexualmente (Canha, 2003).

Esse trabalho trouxe várias repercussões e o fenómeno passou a ser estudado internacionalmente por profissionais diversos, provocando inclusive, alteração de leis, criação de políticas públicas e programas educativos que visam o atendimento, a proteção, e a prevenção do abuso sexual e de maus-tratos a crianças e adolescentes.

A partir da segunda metade dos anos 70, esta matéria beneficiou de uma segunda mobilização, sobretudo no que se refere à questão dos abusos sexuais, através dos movimentos de libertação feminina. As mulheres começaram a revelar as suas experiências relativamente aos abusos sexuais vividos na infância e que até aí tinham calado. Não era mais possível confundir estas histórias com fantasias (Fávero, 2003).

Nos finais dos anos 80, nos EUA, já existia alguma investigação, que suportava três grandes conclusões acerca do abuso sexual de crianças. Primeiro, que a exposição a experiências sexuais não desejadas em criança não era, de forma alguma, incomum. Segundo, que crianças criadas em certas circunstâncias, quer familiares quer sociais, estavam mais expostas ao risco de abuso sexual. Terceiro, que a exposição ao abuso sexual de crianças estava associada ao aumento do risco de problemas desenvolvimentais e de saúde mental, a curto e a longo prazo (Fergusson & Mullen, 1999).

Contudo, só em meados do século XX se começa a entender a criança como “(...) um ser social, integrante e parte preciosa da sociedade” (Canha, 2003, p. 22). Foi pois neste século que as crianças viram os seus direitos assinalados, primeiro em 1959 pela Assembleia Geral das Nações Unidas, com a aprovação da Declaração dos Direitos da Criança”. Em 1989 foi aprovada a “Convenção dos Direitos da Criança”, das Nações Unidas, o que marcou uma viragem histórica neste domínio, tendo um caráter vinculativo para todos os países que a adotaram, defendendo o lema do “interesse superior da criança” (Canha, 2003; Magalhães, 2010).

Ainda na década de 80, a questão do abuso sexual de crianças, que já vinha a ser debatido, tornou-se alvo de intervenção e de diligências científicas. Neste sentido, a comunidade pediátrica teve necessidade de fazer a divulgação deste tema à restante comunidade científica e à sociedade juntamente com a participação de outros organismos e grupos profissionais, tornando possível a abordagem pluridisciplinar, na qual seria indispensável, nomeadamente a parte médica, social e jurídica (Canha, 2003).

Desta forma, foi crucial o trabalho realizado pela Secção de Pediatria Social da Sociedade Portuguesa de Pediatria em conjunto com o Centro de Estudos judiciário de Lisboa e algumas instituições e associações de solidariedade social, públicas ou privadas, divulgando cada vez mais esta temática, que virá a ser tema de um estudo casuístico efetuado no Hospital Pediátrico de Coimbra em 1987, pela Doutora Jeni Canha e que deu origem ao livro intitulado “Criança Maltratada, estudo prospetivo de cinco anos” (Canha, 2003).

Assim, houve um “despertar” da sociedade em geral para este tema, proporcionando cada vez mais reuniões e formações solicitando os diversos profissionais, onde foram debatidos assuntos relativamente à criança maltratada. Neste sentido, houve tão grande adesão que se criaram os primeiros núcleos de estudo e apoio à criança maltratada no Hospital Pediátrico de Coimbra e no Hospital de Santa Maria em Lisboa, integrando todos os profissionais exigíveis para este tipo de situação.

Em 1990, a Convenção dos Direitos da Criança é ratificada em Portugal pela Assembleia da República em sintonia com a deliberação anterior da Assembleia Geral das Nações Unidas (Canha, 2003). O Parlamento Europeu, em 1992 aprovou então, a Carta Europeia dos Direitos da Criança, que para além de estabelecer os direitos das crianças nos países europeus, preconizava a nomeação, em cada um dos Estados Membros, de um defensor desses mesmos direitos (Magalhães, 2010).

Apesar de múltiplos estudos, continuam a existir muitas lacunas de conhecimento, o que compromete a prática clínica e médico-legal e deste modo, o bem-estar das crianças presumivelmente vítimas de abusos sexuais, embora já se façam grandes esforços no sentido de referenciar e de dar apoio à criança vitimizada, contudo, “a capacidade de resposta é muito limitada para o número cada vez maior de solicitações” (Canha, 2003 p.29).

O significado de um abuso sexual para uma criança e sua família, hoje, encontra-se permeado por um imaginário social e por leis jurídicas que condenam esta prática e se horrorizam com ela (Junqueira, 1998 cit. por Ornelas, 2011).

1.1.2 Conceito de Abuso Sexual

O fenómeno dos crimes praticados contra menores, e muito concretamente o abuso sexual de crianças e adolescentes, não é de modo algum um tema novo ou recente do ponto de vista existencial, mas sim, um tema que continua, cada vez mais, a ser alvo de debate e preocupação na comunidade científica (Carmo; Alberto e Guerra, 2006).

Definir o abuso sexual torna-se complexo devido a uma série de aspetos entre si relacionados. Trata-se de aspetos vinculados a mentalidades, modelos socioculturais, ao grau de intenção do abusador, à perceção da vítima e ao tipo legal do crime (Magalhães, 2010).

Neste sentido, a avaliação do abuso sexual pela vítima pode não ser percebida como tal, uma vez que, na nossa cultura ocidental se ensina às crianças a obediência e respeito

aos adultos e são estes que sabem o que é bom para elas, pois ao adulto se atribui a função socializadora e protetora das normas e regras (Magalhães, 2010).

O agressor geralmente sabe que comete algo errado embora quase sempre negue o abuso sexual. Alguns pais agressores chegam a considerar que o abuso sexual é menos grave quando cometido por eles, do que se cometido por estranhos. Esta avaliação é condicionada pela noção de controlo, de poder, de amor, de posse, onde a motivação "professor/amante" atua como crença de que, ao serem iniciadores sexuais, as suas experiências são expressões positivas de amor (Machado, 2002).

A criança, por sua vez, não distingue as condutas abusivas das condutas afetivas, porque é muito pequena, podendo viver a situação como agradável e não traumática, além de que a sua relação inferior de poder, não lhe permite tomar uma decisão livre (Pfeifer & Salvagni, 2005).

O conceito de abuso sexual, que importa definir como ponto de partida para a identificação de procedimentos e para efeitos de investigação, pode ter diferentes perspetivas conforme seja considerado à luz dos atuais conhecimentos técnico-científicos ou do Código Penal Português (C.P.P).

Assim, em termos científicos considera-se que o abuso sexual em crianças ou adolescentes se traduz pelo envolvimento dos mesmos em práticas que visam a “gratificação e satisfação sexual de um adulto ou outra pessoa mais velha e mais forte” (Canha, 2003, p. 34) “numa posição de poder ou autoridade sobre aquele” (Magalhães, 2010, p. 8).

Segundo os autores supracitados, o conceito de abuso compreende ainda o termo “exploração sexual” na qual estão envolvidas práticas, que vão desde o exibicionismo, que é definido como a necessidade irresistível que alguns indivíduos sentem de expor suas partes sexuais a outra pessoa, em que a intenção neste caso é chocar a vítima e o voyeurismo que é uma prática que consiste num indivíduo conseguir obter prazer sexual através da observação de outras pessoas. Essas pessoas podem estar envolvidas em atos sexuais, nuas, em roupa interior, ou com qualquer vestuário que seja apelativo para o indivíduo em questão (Costa, 2009). O abuso pode ainda compreender a utilização de fotografias ou filmes pornográficos, leituras e conversas obscenas, reciprocidade de contatos com órgãos sexuais até à consumação propriamente dita, do ato sexual ou de práticas extremamente aberrantes aos olhos da sociedade (Machado, 2002; Canha, 2003; Magalhães, 2010).

Desta forma, considera-se que nem toda a criança abusada sexualmente, apresenta lesões, principalmente a nível genital. De fato, quando existem, estas são habitualmente

inespecíficas, não contribuindo substancialmente para o diagnóstico seguro de abuso sexual (Magalhães, 2010). A maior “lesão” será a nível psicológico ou emocional, o que leva a grandes entraves no seu bem-estar dificultando assim, o seu crescimento, desenvolvimento e comportamento adequado (Canha, 2003).

A este respeito, alguns autores referem que o abuso sexual “... reveste-se de atos violentos que têm o envolvimento de pessoas mais velhas em atividades sexuais com crianças e adolescentes dependentes e imaturas que não compreendem essas práticas na sua totalidade, sendo incapazes de dar consentimento informado e que violam as regras sociais aceites e os papéis familiares” (Rainho, 1990 cit. por Cruz, 2006, p. 15).

Esta definição vem ao encontro da opinião de Magalhães (2005), ao considerar o abuso constitui uma prática que a criança ou adolescente, dado o seu grau de desenvolvimento, não conseguem compreender e para as quais não estão preparados, desta forma e para maior realce a Organização Mundial de Saúde (OMS) caracteriza o abuso sexual de crianças como *“um abuso de poder no qual as crianças e adolescentes são usados para gratificação sexual do seu agressor sem o seu consentimento, sendo induzidos ou forçados a práticas sexuais com ou sem violência física”* (Avila, Oliveira e Silva, 2012, p. 2)

Ainda segundo as autoras acima citadas, estas interações sexuais são impostas às crianças ou aos adolescentes pela violência física, intimidação, coerção, chantagem, suborno, manipulação ou qualquer outro mecanismo que anule ou limite a vontade pessoal.

O abuso pode ser cometido também por uma pessoa de menos de 18 anos quando esta pessoa for significativamente mais velha que a vítima ou quando o perpetrador está numa posição de poder ou controle sobre a vítima”. Esta definição enfatiza as questões do desenvolvimento e a coerção como elementos chave do abuso sexual (Paradise, 1990).

A OMS acrescenta ainda, que também é considerado abuso sexual, os casos em que a criança é olhada como cúmplice em situações de violência sexual perpetrados contra ela (WHO, 2006 cit. por Magalhães 2010).

Desta forma, parece importante enquadrar a definição de abuso sexual de crianças reconhecida pelo nosso Código Penal, que o identifica como quaisquer atos sexuais de relevo praticados com menores de 14 anos. Este limite prende-se com a noção de que numa faixa etária inferior, não existe capacidade de autodeterminação quanto ao comportamento sexual, pelo que, mesmo que não haja violência ou coação da vítima, o ato é suscetível de prejudicar o seu desenvolvimento (Machado, 2002).

Neste ponto de vista, a questão relevante reside fundamentalmente na imaturidade do desenvolvimento e na incapacidade de consentimento. Assim, embora, na maioria dos casos, os atos abusivos envolvam o uso da força, ameaças ou coerção, que só por si, não definem a situação pois, para que se denomine abuso sexual terá de haver um “abuso diferencial de poder existente entre o adulto e o menor, que devido à sua imaturidade, é incapaz de se auto determinar” (Machado, 2002 p. 42).

Assim, poder-se-á concluir que, o abuso sexual não é um fenómeno raro e que se traduz num conjunto de atos censuráveis pela sociedade em geral (Silva, 2010). É ainda, um ato humanamente inaceitável e o seu impacto negativo é incontestável (Sani, 2011).

1.1.3 Caraterização do Abuso Sexual

Ao abordar o abuso sexual de crianças e adolescentes, existe uma grande preocupação em fazer a sua caraterização.

Desta forma, o abuso sexual é um crime multifacetado que pode ocorrer em dois contextos distintos, nomeadamente, em contexto familiar e em contextos exteriores ao familiar (Magalhães, 2005).

Enquanto os casos intrafamiliares se referem aos perpetrados por alguém que mantenha laços significativos com a vítima, sejam consanguíneos ou afetivos, nos extrafamiliares o agressor é estranho ao núcleo familiar, ocorrendo fora do ambiente doméstico (Cunha, 2000; Manita, 2003; Magalhães, 2002). Embora crianças e adolescentes, tanto do sexo masculino quanto do feminino, sejam vítimas de violência sexual nesses dois contextos, sabe-se que meninas encontram-se entre as principais vítimas e que a violência ocorre, em sua maioria, no contexto familiar (Habigzang & Koller, 2012).

O abuso sexual pode ser ainda constituído por um único episódio; ser uma situação ocasional (ter ocorrido uma ou duas vezes, habitualmente sem relação entre si), ou ser continuado, mantendo durante um período de tempo mais ou menos prolongado e, geralmente, cometido pelo mesmo abusador (Alberto, 2000; Manita, 2003).

Sabemos que é impossível determinar a incidência do abuso sexual em crianças e adolescentes na sua real extensão, bem como a morbilidade e mortalidade que lhe estão associadas. Tal impossibilidade fica em parte, a dever-se ao facto de um elevado número de casos acontecer em meio familiar e de a vítima ocultar o abuso ou não ter capacidade para o revelar.

Assim para se compreender o abuso de crianças e adolescentes é necessário ter em conta as características do contexto familiar, muito particularmente o tipo de interações e as dinâmicas que se desenvolvem no seu meio, pois se por um lado a criança tem medo de falar, por outro, quando o faz, o adulto tem medo de escutá-la (Gabel, 1997).

1.1.3.1 Dinâmicas do Abuso Sexual

O abuso sexual é desencadeado e mantido através de uma dinâmica complexa. O agressor pode utilizar o seu papel de cuidador e da confiança e afeto que a criança ou o adolescente tem por ele para iniciar, de forma subtil o abuso sexual. A criança ou o adolescente, na maioria dos casos, não identifica imediatamente que a interação é abusiva e, por esta razão, não a revela a ninguém. À medida que as práticas abusivas avançam e se tornam mais periódicas e explícitas, a vítima percebe a violência da situação (Machado, 2002).

Neste sentido, segundo a mesma autora, o incesto constitui uma das categorias do abuso sexual, em que, na maioria das vezes, pode não haver a utilização de violência ou força física, pelo contrário, uma vez que entre o parente (pai, padrasto, avô, tio, primo, irmão) e a vítima (filha, enteada, neta, sobrinha, prima, irmã) pode haver muito afeto o que a torna submissa ao agressor interpretando a situação de abuso como uma forma de aproximação e carinho.

Neste contexto, a autora consolida a ideia de que existem fatores de vulnerabilidade da própria criança, como carência emocional, que torna mais atrativa a atenção oferecida pelo abusador.

A dinâmica da família abusiva apresenta várias características diferenciadoras relacionadas com fatores associados ao estilo parental autoritário e punitivo, outros com a facilidade em sexualizar a criança (pela falta de ligação biológica, histórias familiares de incesto e baixa vinculação entre o pai e a criança), para além das características que dificultam a revelação do abuso sexual, como o isolamento social, a indisponibilidade da mãe ou a visão “tabu” dos temas sexuais (Machado, 2002).

Magalhães (2005) refere a existência de fontes de tensão associadas ao contexto familiar, das quais se destacam problemas sócio-económicos e habitacionais (extrema pobreza, situações profissionais instáveis e más condições de trabalho), e dificuldades na estrutura familiar (fraca supervisão familiar, situação de violência doméstica, mudança

frequente de companheiro, famílias reconstituídas com filhos de outras ligações, isolamento social, sem suporte da família alargada, vizinhos ou amigos).

Furniss (1993, pp. 22-37) considera que as crianças não reúnem condições de dar o seu consentimento, salientando que “as atividades sexuais adultas com crianças são realizadas para satisfação dos desejos sexuais do adulto e não como resposta às necessidades da criança”. Considera ainda o autor que o abuso sexual é um processo “conduzido pela compulsão à repetição”. Ao perceber o abuso como uma compulsão, entende que esse “cuidador”, no auge da excitação sexual ou de um estado de raiva, “perpetra a violação sem qualquer consciencialização empática sobre a condição e a experiência da criança.

Em situações de abuso prolongado, as crianças e adolescentes sentem-se, emocionalmente, incompreendidas e desamparadas, desacreditadas e desprotegidas, culpadas, sujas, não amadas e são dominadas pelo medo de serem castigadas pelos pais que as impedem grande parte das vezes de revelar a situação de abuso (Furniss, 1993, p.54). Os sentimentos de raiva e tristeza são de tal forma violentos, que acabam por culpabilizar as mães por não as terem protegido do abuso e pela posição de desamparo e desespero que tiveram de suportar no seio familiar, sem poderem falar com ninguém sobre a situação vivenciada que foi extremamente assustadora e desorientadora (Furniss, 1993).

O papel de mãe é destacado pelo autor, como progenitor não abusivo, pois na maior parte das vezes são as elas que “determinam a cultura familiar em termos da qualidade dos relacionamentos emocionais na família”. Assim, a sua função como protetora “é crucial no abuso sexual prolongado”, tanto para proteger o perpetrador como para resguardar a criança (Furniss, 1993, p.53).

É significativo o número de mães que sustentam que o relato de incesto denunciado pelas filhas é fantasioso, a mãe geralmente reage com ciúmes e rivalidade colocando na filha a responsabilidade pelo ocorrido. A mãe sofre pela responsabilidade de reconhecer talvez o seu fracasso como mãe e como esposa. Também é significativo o número de mães que ocultam o nascimento do fruto dessas relações incestuosas, registando o recém-nascido como seu filho. Quando a evidência da prática do incesto é definitiva, a mãe apresenta uma atitude ambivalente: não acredita, pune a criança e/ou adolescente culpando-os de terem provocado o progenitor, atribuindo condutas sedutoras a vítima. Não se pode esquecer que crianças continuam sendo crianças, e o adulto deve ser adulto e comportar-se como tal (Costa, 2009).

Furniss (1993) comenta, ainda, que embora o abuso possa vir a acontecer há largos anos, “existe o mesmo processo de dissonância e incongruência cognitiva emocional” das primeiras atitudes abusivas, como resultante do “processo de acomodação psicológica, criando-se um clima de pseudonormalidade na família” (Machado, 2002, p.49).

Neste sentido, torna-se mais compreensível o facto de haver poucos casos a serem distintamente denunciados, sobretudo durante a sua ocorrência.

A capacidade de denúncia, segundo Machado (2002, p.49) “parece ser maior em crianças mais velhas ou que são abusadas mais tardiamente, que percebem os progenitores como mais disponíveis para acreditarem em si, ou nos casos em que o abuso é extrafamiliar”. Contudo, esta revelação é, habitualmente, acompanhada de imensas dúvidas relativamente ao tempo e ao modo em que o devem fazer, o que pode levar a ser adiado durante muitos anos, principalmente em caso de abuso intrafamiliar.

O abuso sexual intrafamiliar rompe com todas as representações que a criança ou adolescente desenvolvem acerca do papel da família, muitas delas reforçadas pelo próprio abusador, que através de rituais específicos os incita a acreditar que o abuso não compromete os outros papéis que o abusador tem na família: ser o pai, o avô, o tio, ou o primo (Furniss, 1991 cit. por Magalhães, 2010). Esta rotura de papéis faz com que estas vítimas interpretem a situação abusiva como uma situação estranha, ambígua, sendo-lhes difícil nomeá-la, contudo o fato do abuso sexual nem sempre envolver práticas violentas, mas sim comportamentos de sedução, acentua a ambiguidade da situação e confunde a criança e o adolescente (Furniss, 1993; Machado, 2002).

1.1.3.2 Caraterísticas do Abuso Sexual Intrafamiliar

No estudo do abuso sexual, principalmente o intrafamiliar, é imprescindível compreender o tipo de família em que os indivíduos estão inseridos, de forma a entender o seu relacionamento, e o que faz com que essa dinâmica do abuso se perpetue.

Alguns estudos epidemiológicos têm sido desenvolvidos com o objetivo de investigar a incidência e a prevalência do abuso sexual, bem como analisar indicadores psicológicos e sociais associados a este fenómeno. Os resultados têm revelado que a maioria dos abusos sexuais contra crianças e adolescentes ocorrem dentro da casa da vítima e configuram-se como abusos sexuais incestuosos, em que o pai biológico e o padrasto são os principais perpetradores. A idade de início é bastante precoce, a maioria situa-se

entre os 5 e os 8 anos de idade (Braun, 2002; Habigzang & Koller, 2012; Avila, et al, 2012).

Também Hebigzang (2006) corrobora o facto de crianças de ambos os sexos serem vítimas de abuso sexual, mas as estimativas apontam as meninas como sendo as mais vulneráveis. Segundo a autora, os homens e meninos tornam-se mais relutantes em revelar essas experiências devido a culturas homófonas, em que se apresentam fortes estereótipos sobre a masculinidade e a sexualidade.

Na cultura ocidental, pressupõe-se que os homens sejam capazes de se proteger de abusos sexuais e que sejam eles os iniciadores dessa prática. Neste contexto, os meninos podem sentir enorme vergonha, humilhação e culpa se forem vitimados. Diferenças na socialização das crianças consoante o seu género podem apresentar um importante papel na forma como os homens interpretam o abuso sexual em crianças e lidam com ele. Os meninos são desencorajados a falar de sentimentos e ensinados a enfrentar o problema com estoicismo “como um homem”. A diferença do sexo na denúncia de abuso sexual indica que o abuso de meninos permanece mais obscuro (Carvalho, 2005).

A mãe é a pessoa mais procurada na solicitação de ajuda e a maioria dos casos é revelada pelo menos um ano depois do início do abuso sexual (Braun, 2002; Habigzang & Koller, 2012).

Segundo pesquisa realizada e publicada por Habigzang (2006), a mãe é de fato quem mais denuncia a vitimação do(a) filho(a), aparecendo com índice de aproximadamente 38% dos casos investigados pelos autores. Portanto, tornam-se ainda figuras importantes para a comprovação ou não da violência, auxiliando os autores competentes a esclarecer o ocorrido (Lima, 2012).

A reorganização familiar é uma consequência frequente após a denúncia do abuso sexual. Isto ocorre porque a criança ou adolescente deve ser protegido e esta proteção é realizada através do afastamento do agressor ou da própria vítima. Este afastamento ocorre quando os familiares já não se conseguem organizar para a proteger. Nestes casos, a criança é institucionalizada ou a sua guarda legal passa a ser de algum familiar não-abusivo. Trata-se de uma situação difícil para a vítima que tende a sentir-se culpada pelo sofrimento de todos (Hebigzang & Koller, 2012).

Outro aspeto, não menos importante é a presença de outras formas de violência no contexto familiar, tais como, negligência e abusos psicológicos e físicos contra as crianças, bem como violência física conjugal. Além disso, a revelação do abuso sexual demonstrou modificar a configuração familiar, uma vez que a literatura vem demonstrar a

rotura frequente das relações conjugais ou o afastar da criança do convívio dos seus familiares (Ferrari & Vecina, 2002).

Verifica-se que a maioria dos agressores nega a violência sexual, mas quando o confirma, constata-se que, tanto nos motivos que alegam, quanto nos argumentos que utilizam para a sua defesa, atribuem a culpa à vítima ou à outra pessoa (cônjuge, vizinhos, familiares). A negação do abuso ou culpabilização da vítima pelo agressor é um importante fator de risco para o desenvolvimento de problemas psicológicos na criança ou adolescente, principalmente, quando o perpetrador é um membro da família, uma vez que a relação de confiança é perturbada (Furniss, 1993; Gabel, 1997).

A maioria dos pedófilos, por exemplo, não apresenta antecedentes criminais e as pessoas da sua convivência descrevem-no como trabalhador, religioso e cuidador zeloso de sua família (Cohen & Mannarino, 2000 cit. por Hebigzang et al 2005; Furniss, 1993). Este perfil pode confundir mesmos os profissionais e levá-los a cometer o erro de considerar o relato da criança fantasioso perante a negação do agressor.

Dias, et al (2007, cit. por Costa, 2009), referem que o agressor normalmente possui uma personalidade passiva e introvertida, apesar de parecer dominador. Sente-se incapaz de exercer seu papel de pai e marido. Geralmente inicia relações incestuosas durante um período mais depressivo: solidão, perda de emprego, conflito conjugal, etc.

De acordo com Pfeiffer & Salvagni (2005), o agressor usa da relação de confiança que tem com a criança e do poder como responsável para se aproximar cada vez mais, praticando atos que a vítima considera inicialmente como demonstrações afetivas. Essa demonstração é recebida a princípio pela criança com satisfação, pois sente-se privilegiada pela atenção do responsável. Por sua vez, este tem a noção de proteção e de que os seus atos seriam normais de um relacionamento entre pais e filhas ou filhos, ou mesmo da posição de parentesco que o mesmo tem com a vítima.

Segundo Dias et al (2007 cit. por Costa, 2009), a atividade incestuosa pode não ser motivada pelo sexo, mas representar uma necessidade de afeto. Frequentemente inicia-se com um simples toque e, gradualmente adquire natureza mais sexualizada. Geralmente há uma vida sexual pobre entre o casal, e o pai possui gratificação e conforto através da relação com a filha. Ainda segundo as autoras acima citadas, a maioria das pessoas que cometem abusos sexuais foram vítimas de violência anteriormente, tornando-se um agente perpetuador no ciclo da violência.

Nesta conjuntura, o abuso sexual é caracterizado por uma progressão ascendente que se inicia quando a criança é ainda muito pequena através de carícias mais subtis e torna-se

mais explícito à medida que a criança cresce, desde a manipulação de genitais até às relações sexuais orais ou genitais, mais frequentes na adolescência (Costa, 2009).

Enquanto a maioria dos abusos extrafamiliares podem ocorrer somente uma vez, os intrafamiliares podem estender-se por longos anos, pois a vítima sempre está mais acessível.

Pfeiffer & Salvagni (2005) referem que, quando o agressor percebe que a criança começa a entender como abuso ou como anormal os seus atos, tenta inverter os papéis, impondo-lhe a culpa de ter permitido os seus comportamentos. Usa da imaturidade e insegurança da sua vítima, colocando em dúvida a importância que tem para a sua família, diminuindo ainda mais o seu amor-próprio, ao demonstrar que qualquer queixa da parte dela não teria valor ou crédito. Passa, então, à exigência do silêncio, através de todos os tipos de ameaças à vítima e às pessoas de quem ela mais gosta ou depende. O abuso é progressivo; quanto mais medo, aversão ou resistência pela vítima, maior o prazer do agressor, maior a violência.

O abusador impõe não somente à vítima mas também a todos os membros da família, o silêncio absoluto. Ele tem como prioridade manter a unidade familiar, e para isso apela a várias táticas e uma delas é a ameaça de que a sua acusação judicial implicaria prejuízos de ordem econômica para toda a família. (Costa, 2009; Habigzang, 2010).

Este tipo de violência quer física quer psicológica contribui para a manutenção do abuso sexual em segredo, devido às ameaças do perpetrador e aos sentimentos de medo e de impotência da vítima e dos outros membros da família (Furniss, 1993; Habigzang & Caminha, 2004).

Da mesma forma, e segundo os autores acima citados, em situações em que o abusador é um amigo da família, este exerce uma espécie de encanto, tanto sobre sua vítima como sobre os seus familiares, apresentando-se como uma pessoa agradável, simpática, generosa e atenta com todos, mas muito especialmente com a vítima e com os seus pais, inclusive grande parte das vezes, costuma favorecê-los economicamente.

Segundo Koller e Antoni (2004) quanto mais próxima for a relação do abusador com a vítima, maior serão os prejuízos para a criança devido a quebra de confiança com as figuras parentais.

Neste sentido também Fuks (1998 cit. Habigzang & Caminha, 2004) corroborava que o silêncio da criança é modulado pelo grau de identificação com o agressor, ou seja, quanto mais próximo for a relação da criança com o abusador, maior será o seu silêncio.

Assim, intui-se que o mais marcante é o silêncio, o segredo que envolve tanto a família quanto a sociedade e, muitas vezes, até mesmo os profissionais.

1.1.3.3 Síndrome do Segredo

A violência no âmbito familiar continua acontecendo apesar de algumas conquistas no campo institucional, político e jurídico. Mantém-se pela impunidade, pela ineficácia das práticas de intervenção e prevenção. Mantém-se também com a cumplicidade silenciosa dos envolvidos, o silêncio da vítima, cuja palavra é confiscada pelo agressor através de ameaças. O silêncio dos demais parentes não agressores que fecham os olhos e se omitem de qualquer atitude de proteção à vítima ou da denúncia do agressor, o silêncio dos profissionais que, em nome da ética e do sigilo profissional, se refugiam muitas vezes numa atitude defensiva, negando ou minimizando os efeitos da violência, contribuindo desta forma para a revitimização e à perpetuação do fenômeno por várias gerações (Furniss, 1993)

Para Gabel (1997), a violência sexual contra crianças e adolescentes é um dos tipos de maus-tratos que mais se ocultam, já que o vitimizado tem medo de falar e, quando o faz, o adulto tem medo de ouvi-lo.

Machado (2002) corroborando o autor acima citado, refere que a prática do incesto vitimizando crianças e adolescentes está entre os mais horríveis crimes que se pode cometer, mas também um dos mais fáceis de esconder, porque as crianças são ameaçadas, ocultando o ocorrido, tendo em vista que ninguém consegue acreditar que os pais, ou outros parentes possam executar o ato da violência sexual.

Desta forma, e conforme postula Furniss (1993), lidar com abuso sexual, sobretudo intrafamiliar, implica defrontar-se com dinâmicas fortemente fundamentadas em segredos que concorrem para manter a coesão do grupo familiar.

Assim, uma das características do abuso sexual intrafamiliar é o secretismo que o envolve, pois o silêncio nestas situações poderá ser considerado um dos maiores, se não mesmo o maior, obstáculo à intervenção (Manita, 2003; Magalhães, 2010).

O abuso sexual é um fenômeno complexo e difícil de enfrentar por parte de todos os envolvidos. É difícil para a criança ou adolescente e para a família, pois a denúncia do segredo explicita a violência que ocorre dentro da própria família e também para os profissionais que, muitas vezes, têm dificuldade em agir diante do problema (Magalhães, 2010)

O segredo também pode advir da censura, da vergonha em relação à sociedade, da autocritica, do medo da rejeição e de perder os vínculos familiares, das ameaças, da ambivalência em relação ao autor do abuso, enfim, das mais variadas fontes e motivações, operando como importante regulador do equilíbrio familiar (Furniss, 1993).

Silenciar o abuso, negando a sua existência, é uma forma de tentar manter a família intacta. O silêncio tem um impacto tão forte sobre todos os membros da família, que os faz acreditar que o que está acontecendo é tão terrível que não pode ser mencionado.

Neste sentido, Furniss (1993) assemelha, assim, a síndrome do segredo à síndrome do campo de concentração, onde em ambos os casos a vítima interioriza a experiência traumática desenvolvendo, paradoxalmente, uma vinculação e uma lealdade muito fortes com o agressor.

A manutenção do segredo apresenta causas internas e externas ao âmbito familiar, além de questões psicológicas envolvidas (Furniss, 1993).

Como fatores externos, este autor destaca a inexistência de evidência médica, ameaças contra a criança abusada e suborno, falta de credibilidade da criança e consequências da revelação.

Apenas numa minoria dos casos há prova forense e evidência médica disponível, o que faz com que a família não revele o incidente, por falta de elementos para comprová-lo, principalmente quando a vítima é muito pequena. Um outro fator, a consequência da revelação, está ligado às ameaças, passando a criança a temer que o mal invocado se irá concretizar, fazendo com que não o revele. Junta-se a isso o facto de não querer, por exemplo, a prisão do pai ou o divórcio dos seus pais (Furniss, 1993; Magalhães, 2010).

Fatores psicológicos como a culpa, a negação e a dissociação, têm um papel fundamental na manutenção do segredo. A criança abusada sente-se culpada por ter participado efetivamente da interação abusiva, pelo seu equivocado senso de responsabilidade pelo abuso.

Ao contrário do que a maioria das pessoas pensa, as mães, muitas vezes, silenciam o abuso por diversos motivos entre os quais a dependência afetiva e financeira com o agressor ou evitar a exposição da criança à vergonha; “andar nas bocas do mundo” (Furniss, 1993).

Neste sentido, Scodelario (2002 cit. por Rocha 2006) em relação ao silêncio dos envolvidos na dinâmica familiar, também apresenta algumas possibilidades. Em relação ao parceiro/cônjuge “não agressor”, destaca-se o medo do agente da agressão; o ataque às próprias percepções; vontade de manter o equilíbrio ou a unidade familiar, mesmo que

de forma precária; não querer enfrentar as próprias perdas, pois tomar uma atitude pode implicar a perda do companheiro ou do filho; e fragilização do papel de protetora.

A criança, por sua vez, pode permanecer calada pois acredita que ninguém pode protegê-la, receia ser julgada como culpada pelo meio social em que vive; pelo medo de represálias como, por exemplo, agressões ou ser retirada à sua família e até perder o afeto do agressor (Scodelario, 2002 cit. por Rocha, 2006).

O discurso do agressor é quase sempre sedutor; com palavras carinhosas e elogios agradáveis exercido de uma forma delicada e dissimulada, de tal modo que as pessoas não acreditam que seja capaz de prejudicar alguém ou praticar os atos de violência e abuso.

O segredo, a culpa e a omissão continuam, portanto a ser os comportamentos usuais no âmbito da vítima, da família, e da sociedade em geral e traduzem, na prática, uma dificuldade de materializar a revelação e dar prosseguimento à desmobilização da ação do agressor da violência e proteção da vítima (Lorencini, 2002 cit. por Rocha, 2006).

O abuso sexual em crianças e adolescentes no seio familiar, sempre foi, e ainda continua a ser um tabu, um assunto proibido, protegido pelo silêncio, pelo "medo", pela relação de dependência entre os envolvidos, apresentando diversas e inúmeras barreiras para os profissionais que atuam ou tentam atuar nesta área (Gabel, 1997; Rocha, 2006).

1.1.3.4 Consequências do Abuso Sexual

Além da possibilidade de ocorrer a morte e de se verificarem graves sequelas orgânicas, os problemas psicológicos são, pela sua frequência e pelas suas consequências, devastadores ao longo da vida, como na sua futura família. Importa estar atento no sentido de as prevenir, despistar e tratar da melhor forma (Canha, 2003; Habigzang & Caminha, 2004; Pfeifer & Salvagni, 2005).

Podemos perceber que a violência sexual tem um impacto negativo no desenvolvimento da criança, no seu comportamento e na percepção do seu ambiente. É considerada traumática, complexa e insidiosa. O trauma e sofrimento serão mais intensos e persistentes se infligido por pessoa conhecida.

A experiência de abuso sexual na infância e na adolescência pode desencadear efeitos negativos para o desenvolvimento cognitivo, afetivo e social das vítimas. Não há um quadro psicopatológico único causado pelo abuso sexual, mas uma variabilidade de sintomas e alterações cognitivas, emocionais e comportamentais com efeitos que podem

ser devastadores e perpétuos, dependendo grandemente da vulnerabilidade da criança e/ou do adolescente (Furniss, 1993; Pfeifer & Salvagni, 2005).

Os efeitos dos abusos sexuais são muito variados dependendo do tipo de abuso (pela violência física e psicológica, ou pelas ameaças sofridas), da sua duração e frequência, do tipo de relação entre vítima e abusador, da idade da vítima, da sua personalidade e nível de desenvolvimento, e da reação do meio envolvente (apoio familiar e ajuda profissional), entre outros. No caso dos crimes sexuais, parecem ter consequências mais graves os que acontecem em idades jovens, de forma continuada, em que existe contacto genital, em que há ameaças, em que o abusador é o pai ou o padrasto e em que não há apoio familiar ou que implique o abandono da casa (Noguerol, 1997; Pfeifer & Salvagni, 2005).

O abuso sexual é considerado como um importante fator de risco para o desencadear de psicopatologias. Dentro destas destacam-se os transtornos emocionais, quer de humor e de ansiedade, e os transtornos inerentes ao comportamento que intervêm na aprendizagem e comunicação (Furniss, 1993; Braun, 2002). Além destes, a literatura ainda inclui os transtornos alimentares (anorexia e bulimia) e transtornos a nível da eliminação (encoprese e enurese), que se não houver superação do trauma como quebra do ciclo abusivo, vem muitas vezes a repetir-se por gerações existindo ainda a tendência de repercussões desastrosas pelo resto da vida (Habigzang & Caminha, 2004; Pfeifer & Salvagni, 2005).

Um dos transtornos emocionais que mais se destaca é a depressão, em que a criança e/ou adolescente apresenta atribuições e distorções cognitivas significativas. Ela tem a percepção de que foi a responsável, não só pelo abuso mas também pelas mudanças ocorridas na família provenientes da sua revelação; percepção de que é inferior e diferente em relação aos seus amigos; crença de que as pessoas não acreditam nela e que não é seguro confiar nelas uma vez que um importante vínculo acabou por ser destruído (Feiring & Taska, 2005 cit. por Habigzang, 2010).

Estas distorções cognitivas afetam intensamente a autoestima e o autoconceito, pois a criança e/ou adolescente sentem-se estigmatizados, desamparados e a confiança nas outras pessoas é comprometida como um risco para a sua integridade, na medida em que houve um investimento de confiança prévio da parte do abusador que evoluiu lamentavelmente para a violência (Amazarray & Koller, 1998).

Todo este negativismo associado ao isolamento social, irritabilidade e impulsividade são os sintomas mais recorrentes para o desencadear um quadro de depressão.

Neste contexto, o relacionamento interpessoal com amigos e com pares românticos pode ser muito afetado principalmente quando estas distorções estão relacionadas com a culpa e com a vergonha. Desta forma, haverá um desenvolver de alterações quer no padrão do sono quer nos hábitos alimentares, quer em situações mais graves levar a ideações ou a tentativas suicidas, devido à autoimagem negativa e falta de confiança e esperança em relação ao futuro.

Algumas vítimas, além dos sentimentos de raiva e de profunda tristeza podem ainda manifestar comportamentos autodestrutivos como sejam a automutilação, como estratégia autopunitiva (Habigzang, 2010).

No que concerne aos transtornos emocionais, os sintomas do transtorno de humor podem aparecer em comorbidade com os sintomas de ansiedade, na medida em que estas crianças e adolescentes estão sujeitas a desenvolver preocupações sucessivas relacionadas com o medo do agressor cumprir as ameaças ultimadas a si própria relativamente à sua segurança e às pessoas para ela mais significativas, possuindo uma vulnerabilidade acrescida e sentido de impotência na defesa destas situações de risco (Furniss, 1993; Habigzang & Caminha 2004). Desenvolve assim, um transtorno pós-traumático que poderá a vir a ser caracterizado por quadros de hiperatividade e défice de atenção mais comuns em crianças mais novas (Cohen 1997, Rouyer 1997 cit.por Habigzang, 2010).

Segundo Strauss (1982 cit. por Taveira, 2007), os danos causados nas raparigas nas suas relações incestuosas com o pai são graves; no entanto, nos rapazes vítimas de incesto pela mãe possam ser mais danosos, podendo originar uma deterioração suficientemente grave, capaz de bloquear o seu desenvolvimento psicológico normal.

A mãe como abusadora é raramente identificada e estudada na literatura atual. No entanto, Taveira (2007), cita alguns autores que compilaram dados sobre este tema, todos eles concordando em que essas mães são sedutoras e/ou incentivadoras da atividade sexual, e que psicologicamente estão seriamente afetadas e/ou envolvidas em atividades antissociais, consumo de drogas ou prática de prostituição.

De facto, a vítima de abusos sexuais na infância está mais predisposta a sofrer abusos quando adulta (por parte do companheiro ou de outros), tendência que se tem denominado “revitimização” (Taveira, 2007; Habigzang, 2010).

Existem autores que têm estudado as consequências do abuso sexual em criança e o tipo de relação íntima que tem mais tarde em adulto, afirmando que tem um aumento de abandono do lar, de divórcio, mas também a incapacidade de estabelecer, confiar e manter relações saudáveis e íntimas (Colman, 2004 cit. por Taveira 2007).

Wolfe (1998 cit. por Padilha, 2007) refere que crianças abusadas podem começar precocemente a vida sexual com o risco de gravidez e exposição a doenças sexualmente transmissíveis. Também, a fuga de casa pode ocorrer na adolescência, momento em que se encontram desesperadas, sem alternativas e sem confiança no adulto. Normalmente o real motivo da fuga não é revelado, a não ser que um adulto sensível e que transmita confiança à adolescente tenha possibilidade de um relacionamento que favoreça a revelação de tal ação.

Neste contexto, podem ainda desenvolver, comportamentos desviantes como sejam o abuso de álcool, o consumo de drogas e práticas de delinquência, e prostituição.

As consequências do abuso sexual são inúmeras, dependendo sempre do tipo de abuso sofrido, da repetição que ocorreu no decorrer da vida da criança e do adolescente, da idade que os abusos foram provocados e da possibilidade de denunciar ou de falar sobre o assunto. É evidente, que cada criança ou adolescente têm a sua forma muito peculiar de reagir, contudo os vestígios quer sejam físicos ou psicológicos podem desdobrar-se de varias formas.

De acordo com o que foi dito, as ilações que se podem tirar é que os efeitos psicológicos do abuso sexual podem ser devastadores, e os problemas decorrentes do abuso persistem na vida adulta dessas crianças.

Neste sentido, cabe ao profissional de saúde investigar os fenómenos gerados pelo abuso sexual a fim de poderem gerar estratégias de intervenção, proporcionando às vítimas o retorno ao estado saudável.

1.1.3.5 Resiliência como Estratégia de Coping

A literatura enfatiza que o abuso sexual de crianças e adolescentes se caracteriza como uma experiência negativa e prejudicial para as vítimas.

As crianças e adolescentes vítimas desta adversidade experienciam sensações emocionais desagradáveis que vão tentando minimizar, dependendo do seu poder de resiliência, adotando estratégias que visam satisfazer as exigências de vida e padrões de papel autoprotetores, na defesa contra ameaças, percebidas como ameaçadoras da sua auto-estima (Kristensen, Schaefer e Bustelo, 2010).

No que se refere à resiliência esta é definida como a capacidade que o indivíduo tem para responder satisfatoriamente a determinados desafios que se lhe deparam ao longo

da vida, sem que a sua saúde mental e desenvolvimento sejam afetados (Machado, 2010; Lima, 2012).

As estratégias de coping são preconizadas como sendo esforços cognitivos e comportamentais usados pelos sujeitos para encontrar um prognóstico mais favorável quando se trata de indivíduos resilientes, combatendo as situações indutoras de stress (Dell’Aglia & Hutz, 2002; Lisboa, 2002 cit. por Kristensen, et al 2010). Nas fases da infância e adolescência é crucial ter em consideração as estratégias que são utilizadas para lidar com os problemas e acontecimentos stressantes. Neste sentido, o processo de coping torna-se particularmente importante para entender o modo como as crianças respondem ou lidam com os problemas ou com as transições a que estão sujeitas e que vão influenciar o seu ajuste psicossocial (Hussong & Chassin, 2004, cit. por Borges, Manso, Tomé, Matos, 2008).

Alguns estudos vêm demonstrar que as crianças do sexo feminino tendem a ter um leque mais vasto de estratégias, utilizando de forma consistente, estratégias de coping do tipo emocional. Porém, os rapazes contraditoriamente tendem a empregar estratégias de luta e competição por serem mais impacientes, agressivos e hostis (Mathews, 1982 cit. por Kristensen, 2010).

Com a idade a criança começa a construir as suas estratégias e pensamentos desenvolvendo um vasto leque de respostas de forma a recuperar as suas adversidades.

Uma revisão recente de estudos centrados no coping face ao abuso sexual revela que as vítimas tendem a utilizar um variado conjunto de estratégias cognitivas e comportamentais para lidar com a experiência abusiva, tais: como o *evitamento*, a *procura de suporte*, *revelação e denuncia judicial* e os *recursos do contexto familiar e/ou social* que são os mais frequentemente utilizados (Machado, 2002; Antunes, 2010).

O *evitamento* é a estratégia de *coping*, provavelmente mais frequente face ao abuso sexual (Barros & Sani, 2010) pois visa a minimização do impacto emocional. Esta estratégia inclui comportamentos tais como evitar pensar, lembrar ou falar sobre o problema, sendo que esta abordagem, apesar de proteger a criança no imediato de sentimentos de ansiedade e afetos desorganizadores associados ao abuso (Tremblay, Hebert, & Piché, 1999 cit. por Antunes, 2010) tende a aumentar a sua sintomatologia clínica, quer na adolescência quer na idade adulta (Barros & Sani, 2010).

A *procura de suporte, revelação e denúncia judicial*. A procura de suporte e a revelação são estratégias usadas pelas crianças e adolescentes com efeito protetor face à situação abusiva, pois o seu uso revela uma autonomia e habilidade na procura de suporte familiar ou mesmo quando necessário junto de adultos externos à família (Dufour, Nadeau &

Bertrand, 2000 cit. por Antunes, 2010). Esta procura parece estar muitas vezes associada a uma diminuição da sintomatologia quer na infância quer na idade adulta, de forma que a literatura descreve que sendo maior a auto confiança na criança irá implicar uma menor revitimização sexual na idade adulta (Tremblay, Hebert & Piché, 1999 cit. por Antunes, 2010).

Do mesmo modo, a revelação surge como uma estratégia adaptativa a longo prazo, apesar de ser potenciadora de ansiedade.

Este processo é muito importante se a criança e o adolescente conseguirem atingir a capacidade para se libertar da culpabilização, responsabilização, estigmatização e isolamento decorrentes do abuso através da sua revelação experienciando assim sentimentos de autoconfiança (Furniss, 1993; Antunes, 2010).

Contudo, este efeito positivo de revelação depende grandemente da forma como é recebida pelo meio (em particular pelas pessoas significativas), sendo que o impacto favorável é potenciado pela credibilidade e apoio da rede familiar e social. Se as respostas forem de *“incredibilidade, banalização do evento ou vergonha, culpabilização ou hostilidade perante a vítima”*, vai haver uma quebra ou mesmo um corte no potencial efeito positivo da revelação (Furniss, 1993; Antunes, 2010 p. 69).

Da mesma forma, a denúncia e a participação no processo judicial vêm aumentar o sentimento de competência e *“empowerment”* das vítimas, mas se por outro lado, houver alguma demora na resolução do processo ou na abordagem à criança, poderá vir a condicionar esse efeito positivo (Ribeiro, 2006; Antunes, 2010).

Recursos do Contexto familiar e/ou social. Os estudos realizados afirmam que o suporte familiar, mais concretamente o parental, numa revelação, é considerado uma mais-valia no reajustamento após a situação traumática, pois o maior prognóstico de resiliência face ao abuso é a qualidade do cuidado parental (Antunes, 2010).

Este suporte parental, ainda segundo o autor acima referido, deverá ser dotado de relações vinculativas precoces de forma a influenciar a capacidade da vítima para *“desenvolver, manter e beneficiar de relações interpessoais de suporte pré e pós abuso, potenciando assim, o seu processo de resiliência”* (Antunes, 2010 p. 70).

Da mesma forma, e em simultâneo, também a o suporte social (escola, comunidade, profissionais envolvidos) deverá ser um elemento significativo no processo de restabelecimento das vítimas e consequentemente facilitador de resiliência ao longo de todo o ciclo da vida (Antunes, 2010).

Por fim, é importante atender para a necessidade de uma visão mais positiva dos profissionais que trabalham direta ou indiretamente com vítimas de abuso. Na avaliação dos casos, devem ser considerados os recursos pessoais dos jovens para enfrentar estas situações, as estratégias de *coping* adaptativas e os processos de resiliência, assim como os fatores protetivos, tais como a rede de apoio presente, que possam representar um efetivo recurso para as vítimas, contribuindo para um desenvolvimento saudável.

Em suma, “o objetivo final é que a criança e o adolescente sejam capazes de recordar a experiência sem ser inundada por afetos e pensamentos destrutivos ou perturbadores, e sem necessidade, para tal, de recorrer ao *embotamento*” (Machado, 2002 p.71).

Desta forma, sendo o *coping* e a adesão ao regime terapêutico focos de atenção da prática de enfermagem, o enfermeiro poderá desenvolver, em conjunto com a criança, o adolescente e a família intervenções terapêuticas no sentido de facilitar a sua adaptação à nova condição de saúde, promovendo a adesão ao seu bem-estar e à sua qualidade de vida.

1.2 INTERVENÇÃO DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM EM SITUAÇÕES DE SUSPEITA DE ABUSO SEXUAL EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Como foi referido o abuso sexual tem um impacto muito grande na saúde física e mental da criança e do adolescente, deixando marcas no seu desenvolvimento, com danos que podem persistir por toda vida.

A intervenção em situações ou em contexto de suspeita de abuso sexual na criança e adolescentes exige dos profissionais perspicácia, motivação, mobilização e destreza aliados ao conhecimento desta temática.

A sua deteção precoce possibilita o tratamento e acompanhamento adequados, com a minimização das sequelas.

Cabe ao profissional refletir sobre estratégias que contribuam para a interrupção da situação de vitimização, bem como a prevenção de futuras ocorrências. Um recurso importante a ser utilizado pelos profissionais no combate à violência é a notificação obrigatória dos casos confirmados ou mesmo suspeitos de violência contra crianças e adolescentes.

1.2.1 O Papel do Enfermeiro Face ao Diagnóstico de Abuso Sexual

A atuação nos casos de abuso sexual contra crianças e adolescentes em geral envolve um trabalho multiprofissional, mas é sem dúvida o enfermeiro o privilegiado em relação à detecção precoce e à intervenção nos casos que chegam às urgências pediátricas, pois é o primeiro membro da equipa de saúde a entrar em contacto com a criança e que também passa maior tempo em contato com a vítima e com a sua família (Rodrigues, 2013).

Ainda na opinião de Machado et al. (2006 cit. por Rodrigues, 2013), o primeiro passo para a assistência de enfermagem refere-se a uma adequada colheita da história da criança e um minucioso exame físico, que deve ter em conta, precisamente, os possíveis indícios de maus tratos e/ou abuso sexual, como as equimoses, os sangramentos e a laceração na região genital e anal, entre outros. Estabelecida a evidência de maltrato é dever do enfermeiro notificar a suspeita.

Corroborando com os autores acima referidos, Almeida (2011) também considera que o papel do enfermeiro deve incluir a identificação, o tratamento, a avaliação e o encaminhamento para outros profissionais especializados, uma vez que a criança e o adolescente podem para além de apresentar sinais físicos causados pelo abuso sexual apresentar consequências de ordem emocional e comportamental.

Em relação aos enfermeiros que se defrontam com uma situação de suspeita de abuso sexual numa criança ou adolescente, convém referir que mais que notificar e encaminhar essa criança e adolescente aos serviços especializados é recomendado saber abordar, acolher, diminuir o impacto face ao trauma. No seu estudo, Pfeiffer & Salvagni (2005) referem que um eficiente e eficaz acolhimento da criança e da sua dor é o passo crucial para um bom resultado quer do tratamento físico quer do tratamento emocional da criança e/ou adolescente, de forma a ser uma mais-valia para o seu crescimento e desenvolvimento. Os mesmos autores salientam ainda que o acolhimento deve ser inerente a qualquer atendimento, seja ele qual for, contudo no que se refere à criança vítima de abuso sexual, caracterizada por um sentimento de revolta e injustiça, pressupõe um atendimento compatível com o problema, através da isenção e solidariedade. Neste sentido, o enfermeiro deve ter a capacidade de identificar sinais que indiquem a situação de casos concretos e suspeitos para promover um acolhimento mais adequado.

Cuidar de uma criança nesta situação é um desafio para os enfermeiros, pois requer um esforço constante e respeito pela criança no seu todo biopsicossocial (Nunes, 2012).

1.2.1.1 Indicadores Físicos e Comportamentais da Criança e Adolescente Vitimizados

Os casos de suspeita de abuso sexual em crianças e adolescentes colocam grandes dificuldades na sua detecção e diagnóstico, pelo tabu social implícito neste tipo de práticas, associado aos sentimentos de vergonha e medo da vítima pela pressão do segredo imposto pelo abusador, dificultando o pedido de ajuda, e nas crianças de pouca idade, que podem interpretar o contacto sexual como uma manifestação afetiva normal. (Magalhães, 2010).

Os indicadores ou sinais de alarme de uma situação de abuso sexual constituem sinais e sintomas meramente indicativos da possibilidade de existência de uma situação deste tipo, ou seja, da necessidade de um estudo mais aprofundado do caso. Assim, sempre que estiverem presentes, devem fazer suspeitar da existência de abusos ou de um contexto de risco para a criança ou adolescente, apesar das manifestações desses abusos serem muito variadas. Correspondem, em geral, às consequências, a curto e médio prazo, dos diferentes tipos de abusos (Taveira, 2007).

O diagnóstico de um abuso sexual, nunca deverá assentar apenas na observação de uma lesão, sequela ou qualquer outro tipo isolado de vestígio, já que a maior parte deles não serão patognomónicos de abuso, apenas podendo constituir indicadores mais ou menos consistentes, da possibilidade de se estar perante um quadro daquele tipo.

Rainho, (1990 cit. por Cruz (2006), refere que *“nas crianças vítimas de abuso sexual, são frequentemente observáveis condutas inconstantes de grande vulnerabilidade, manifestadas por insónias, pesadelos, sentimentos de culpabilidade, angústia, depressão, dificuldades nas relações interpessoais, perturbações alimentares, comportamentos regressivos, condutas sedutoras e tendências suicidas.”*

Assim, os profissionais de enfermagem têm de estar atentos aos sinais de alerta dado que são estes os indicadores de uma probabilidade acrescida de ocorrência de abuso sexual e implicam a necessidade de uma investigação mais detalhada e consequente intervenção protetora.

Quando um menor começa a manifestar alterações significativas de comportamento devemos-nos questionar até que ponto poderá a estar a ser vítima de qualquer tipo de abuso. Normalmente o seu comportamento altera-se, começa por ter medo de ir a algum lugar específico, ou de cruzar-se na rua com alguém (por exemplo o violador), pode apresentar comportamentos imaturos, pesadelos, enurese, medo de dormir sozinho,

necessidade de dormir com a luz acesa (Canha, 2003). Pode dar indícios ou mesmo até fugir de casa para evitar que os abusos continuem, o seu rendimento escolar baixa e também o seu comportamento social muda, alguns dos menores e adolescentes chegam até por vezes a auto mutilar-se ou a tentar o suicídio.

Outros dos indicadores comportamentais consistem no excessivo interesse fora do normal por assuntos de natureza sexual, em contactos físicos, chegam por vezes a fazer comentários que o seu corpo está sujo ou magoado, manifestam por vezes o medo que haja algo de errado com os seus órgãos genitais. A agressividade por vezes manifesta-se em desenhos, jogos ou fantasias de atos de abuso sexual. Quando todos estes comportamentos surgem de forma repentina há muitas possibilidades de o menor estar a ser vítima de abusos sexuais. Por isso, o enfermeiro deve ter uma especial atenção na deteção destes sinais e sintomas, identificando-os, interpretando-os e valorando-os de acordo com os critérios científicos existentes.

Os indicadores físicos que fazem suspeita de abuso sexual são: ferida na região anal por distensão dos tecidos moles periorificiais por penetração forçada do pénis ereto ou objetos de várias dimensões, na região genital pelo edema, eritema, escoriações e equimoses dos grandes e pequenos lábios (coito vulvar). Se existir penetração vaginal, esta apresentará com elevada probabilidade, lesões agudas com laceração da membrana himenial, que se estende do bordo em direção à parede vaginal, além da forte probabilidade de contrair doenças como herpes, gonorreia prurido anormal na região anal ou genital e hemorragia perto da região genital (Furniss, 1993; Magalhães, 2010).

No entanto quando existe uma história compatível com atos de caricias, masturbação ou simplesmente contacto orogenital, na maioria dos casos raramente é detetada qualquer lesão (Furniss, 1993).

Outros indicadores de grande importância são os vestígios biológicos (sangue, esperma, sémen, saliva, pelos e cabelos do abusador) que permitem identificar o suspeito do abuso através dos exames periciais.

Se estes sinais não forem devidamente reconhecidos e identificados poder-se á estar a contribuir para a manutenção do ciclo de violência na saúde física e mental das crianças vitimadas (Pinto, Ferreira e Soler, 2013).

Contudo, sabe-se que o exame físico é um instrumento de grande valia para o diagnóstico de enfermagem, através da qual se pode detetar a extensão e as características das lesões e também identificar outras formas de maus tratos que podem estar associados ao abuso sexual.

Sem dúvida que o principal foco de atenção do enfermeiro será sempre o bem-estar físico e emocional da criança e do adolescente vitimizado, mas também é cada vez mais importante formar os enfermeiros para poderem preservar provas forenses sempre que necessário (Mcgillivray, 2005 cit. por Gonçalves, 2011).

Ainda segundo McGillivray (2005 cit. por Gonçalves, 2011), o papel do enfermeiro não é realizar investigações forenses, mas sim ter consciência da sua posição privilegiada na identificação, colheita e preservação de provas que possam ser importantes numa posterior investigação forense.

1.2.1.2 A Importância do Exame Médico-Legal a Criança e Adolescente Vítima de Abuso Sexual

O exame médico-legal e forense constitui um momento privilegiado da intervenção em vítimas de abuso sexual, quer pelo seu papel a nível da investigação criminal, no que se refere à preservação, colheita e estudo de eventuais vestígios do abuso, quer por poder constituir o início de uma intervenção terapêutica, de orientação e de proteção da vítima.

A literatura refere que apenas uma pequena percentagem de crianças avaliadas por suspeita de abuso sexual apresenta lesões observáveis no exame objetivo (Magalhães, 2010).

Uma das grandes dificuldades de deteção e de diagnóstico é quando a criança decide transmitir a alguém os abusos sexuais, muitas vezes já se passaram meses ou até mesmo anos, o que comprometerá a perícia médica legal. A criança é de seguida encaminhada para um médico legista que irá fazer o exame médico-legal e envia-lo posteriormente para seguir os trâmites legais. Neste percurso muitas vezes o menor continua a conviver com o agressor, originando a perda de indícios e provas, que poderão prejudicar a incriminação do agressor.

Assim, o exame médico-legal deve ser efetuado em todas as crianças e adolescentes em que haja suspeita de terem sido abusadas sexualmente.

Realça-se a sua particular importância, na medida em que nem sempre é possível obter *“informação concreta e fidedigna por parte da suposta vítima ou de terceiros, sendo a interpretação das lesões um componente-chave do exame médico no contexto da suspeita do abuso sexual e uma influência poderosa em qualquer processo judicial”* (Pillai, 2008 cit. por Magalhães, 2010 p.111).

Contudo, grande parte das vezes, quando existem lesões, estas são habitualmente inespecíficas, não contribuindo substancialmente para o diagnóstico seguro de abuso sexual.

O facto de em muitos casos não apresentarem lesões ou sequelas, não pode implicar, por si só, a exclusão da hipótese de abuso sexual.

Assim, a complexidade destes abusos, em termos do seu diagnóstico, impõe um estudo rigoroso e em articulação com os diversos profissionais intervenientes, tendo em conta o contexto social e cultural em que cada situação se insere, devendo agir-se sempre com prudência e ponderação, mas também com determinação e sem demoras, dado que a falta de atuação pode permitir a perpetuação de uma situação de abuso; no entanto, uma ação intempestiva e precipitada pode contribuir para punir um inocente e/ou separar uma família (Magalhães, 2010). Desta forma, é de extrema importância recolher inicialmente uma informação sumária sobre o caso, quer junto da criança ou adolescente quer junto dos seus acompanhantes para que possa contribuir para definir a necessidade de eventual intervenção médico-legal.

Para a realização do exame médico-legal é necessário o consentimento da criança ou dos pais, do representante legal ou de quem tenha a guarda de facto (Silva, 2010b). Uma vez que o consentimento só pode ser prestado por quem tiver idade superior a 16 anos (artigo 38.º, n.º 3 do CP), no caso do crime de abuso sexual de crianças o consentimento não poderá ser prestado pelo menor. Caso os pais, o representante legal ou quem tenha a guarda de facto do menor não preste consentimento para a realização do exame, este é ordenado pelo juiz (n.º 2 do artigo 154.º do CPP) e uma vez ordenado por esta autoridade judiciária ninguém pode recusar a sujeição ao exame médico-legal (artigo 6.º, n.º 1 da Lei n.º 45/2004, de 19 de agosto)

O exame médico-legal é essencialmente constituído por duas fases: a colheita de informação e o exame físico (Magalhães, 2003), podendo também ser solicitadas análises laboratoriais, uma vez que do abuso sexual pode ter resultado uma gravidez ou uma doença sexualmente transmissível (Ribeiro, 2009).

A colheita de informação pauta-se sobretudo pela história clínica dos antecedentes pessoais, do contexto familiar e do abuso sexual. Esta “história” deve conter aspetos como o comportamento da criança ou do adolescente após o abuso, a relação entre a vítima e o abusador, as circunstâncias do abuso, o seu grau de violência e queixas quer de dor sofrida por eventuais lesões quer relativas a perturbações funcionais (ex. alterações do sono).

É importante que, para além da colheita de informação relativamente aos factos ocorridos, se proceda a uma avaliação psicológica detalhada tendo em vista compreender e valorizar o testemunho, e assim prosseguir com a realização do exame físico (Magalhães, 2010).

Quando se realiza um exame médico-legal procura-se avaliar as consequências que resultaram do abuso sexual de que a criança foi vítima através da observação de lesões físicas e da recolha de amostras biológicas o que poderá, em caso de resultado positivo, ser um auxílio para o magistrado do Ministério Público (Magalhães, 2003; Silva, 2010b), não esquecendo contudo a proteção da vítima e prevenção da revitimização (Magalhães, 2003). Importa ressaltar que este exame implica para a criança um nível elevado de exposição, uma vez que o seu corpo irá ser minuciosamente observado pelo perito legal (Magalhães e Vieira, 2003 cit. por Ribeiro, 2009), o que deverá sempre que possível ser breve, mas completo e rigoroso para que não seja necessária a sua repetição (Magalhães, 2010).

O exame físico visa a recolha de vestígios biológicos e análise de possíveis lesões que tenham resultado da agressão sexual. Uma questão fulcral e determinante neste tipo de exame é o tempo que decorreu entre a hora em que o crime foi praticado e a hora a que o menor é sujeito ao exame (Magalhães, 2003). Nesta lógica, se apenas decorrem 48 ou 72 horas desde que o crime foi praticado a criança deve ser sujeita de imediato ao exame físico para se proceder à recolha dos vestígios. Nas situações de violação, a vítima é submetida a teste de gravidez, antes do exame pericial, e poderá ter indicação para administração de contraceptivo de emergência (Gomes, 2010). Se pelo contrário já tiver decorrido um tempo superior ao mencionado, o exame não tem carácter urgente (em termos médico-legais) e pode ser agendado para uma altura mais favorável à vítima (Magalhães, 2003). O exame físico tem de ser breve, mas completo (“da cabeça aos pés”) e rigoroso, para que não seja necessária a sua repetição. Durante a inspeção, devem registar-se todas as lesões e/ou sequelas e, se houver autorização da criança ou jovem, ou do seu representante, procede-se à fotodocumentação de todos os achados relevantes. Todas as lesões e vestígios encontrados devem ser fotodocumentados (atendendo-se à necessidade da obtenção de consentimento a partir dos 16 anos de idade), partindo-se sempre de fotografias efetuadas do geral para o particular. Deve evitar-se a identificação da pessoa através de imagens da face (se desnecessárias), bem como imagens que exponham desnecessariamente a sua intimidade. Devem evitar-se, também, imagens de fundo que perturbem os elementos objetivos que se pretendem registar. As fotografias devem, contudo, ser sempre identificadas, o que pode ser feito na escala métrica que deve acompanhar todas as imagens de lesões, e que deverá ter

inscrito o número do processo clínico (desde que suficientemente identificativo) mas não o nome da pessoa (Magalhães, 2010).

Uma colheita correta implica que se respeitem as normas de proteção (individual e das amostras), de colheita e acondicionamento de amostras, de requisição dos exames e de garantia da cadeia de custódia. No entanto, existirão especificidades nestes procedimentos conforme as amostras se destinem a estudos genéticos, microbiológicos ou toxicológicos (Magalhães, 2010).

Desta forma e sempre que haja casos de suspeita de violência doméstica, maus tratos ou crimes sexuais em crianças e jovens de menor idade é fundamental definir boas práticas da intervenção médico-legal visando assegurar a recolha da prova dos factos com validade à luz do direito processual penal, através, designadamente, da realização de atos periciais urgente, evitando a vitimização secundária e a contaminação dos relatos.

1.2.1.3 Como Intervir em Situações de Abuso Sexual a Crianças e Adolescentes

O diagnóstico precoce do mau trato nomeadamente o abuso sexual e a sua adequada orientação tornam-se fundamentais para evitar toda uma cascata de acontecimentos mais ou menos previsíveis, mas altamente danosos no percurso de vida de uma criança abusada. Neste contexto, é atualmente acrescida a responsabilidade de todos os técnicos que trabalham com crianças, nomeadamente, os enfermeiros, professores, médicos, entre outros (Canha, 2003).

Segundo a Direção-Geral da Saúde (2011), face a uma situação em que haja suspeita abuso sexual a menores, a intervenção dos profissionais de saúde deve ter como objetivos prioritários: proteger a criança; intervir no risco para prevenir evolução para o perigo; evitar a recorrência. Isto porque os maus tratos resultam da conjugação de diferentes fatores (de risco, proteção e agravamento/crise de vida) que interagem entre si e que devem ser ponderados pelos profissionais de saúde durante a avaliação da situação.

As intervenções de enfermagem estão ainda muito focadas no “tratamento” dos danos gerados pela gravidade da situação em detrimento de um processo assistencial dirigido para a prevenção da violência, a proteção contra a revitimização e a promoção de vínculos saudáveis na criança e da família (Cunha, 2007 cit. por Silva, Ferriani e Silva, 2011).

Desta forma, as intervenções de enfermagem deverão ter em conta todos os intervenientes, isto é, não só a vítima, mas também a família, o agressor, a comunidade e igualmente os profissionais de saúde, os profissionais do sistema judicial e os profissionais das forças policiais (Mota, 2009).

As principais intervenções de enfermagem nestes casos passam pela identificação do abuso sexual, com base na visibilidade dos sinais e sintomas, no acolhimento e na notificação (Costa, Lima e Martins, 2013).

Ao intervir com uma criança vítima de abuso sexual e a sua família, é recomendável que o profissional tenha atitude de acolhimento, não julgadora, não punitiva, ainda que o agressor esteja presente. Tal comportamento visa não provocar reações negativas ou sofrimento para a criança e familiares, além de proporcionar uma relação de confiança, que facilitará a avaliação da situação e o um acompanhamento posterior, bem sucedido.

Pfeiffer & Salvagni (2005), baseados em resultados de estudos anteriores, referem que o acolhimento da criança e da sua dor é o primeiro passo para um bom resultado do tratamento físico e emocional. Como tal, o acolhimento deve ser inerente a qualquer atendimento, seja ele qual for, contudo no que se refere à criança vítima de abuso sexual, que por norma se apresenta com sentimentos de medo, revolta e injustiça, exige um atendimento compatível com o problema, através da isenção e da compaixão. Assim, o enfermeiro deve ter a habilidade para identificar os sinais que indiquem a situação de casos concretos e suspeitos para promover um acolhimento mais adequado. Cuidar de uma criança nesta situação é um desafio para os enfermeiros, pois requer um esforço constante e respeito no seu todo biopsicossocial.

Segundo Furniss (1993), o estabelecer de uma relação de confiança entre o profissional e a criança ou o adolescente é determinante para a continuidade dos cuidados.

O enfermeiro perante uma situação de suspeita de abuso sexual e de forma a estabelecer uma relação empática e de confiança com a criança ou adolescente deve apresentar-se e explicar o objetivo da “entrevista”, sempre de acordo com a capacidade de compreensão dos mesmos. Deve ainda, desenvolver capacidades a fim de possuir conhecimentos, habilidades e atitudes de forma a contribuir para uma elevada competência no domínio afetivo, físico, social e espiritual (Queiroz, 2001).

Nestas situações, muitas das vezes a reação da criança e do adolescente é de abandono e perda de alguém em quem confiava, devendo o enfermeiro compreender as suas reações e ajudá-lo a expressar os seus sentimentos e a saber lidar com eles.

A capacidade de escutar é um dos elementos essenciais para a relação de ajuda. Escutar não significa só ouvir mas também aceitar, deixar interiorizar pelo conjunto das

suas percepções tanto exteriores como interiores, é um processo ativo e voluntário de uma arte tão bela que faz parte do coração do enfermeiro, em todo o seu ser, e que implica ouvir com todos os sentidos e em todos os sentidos. É de realçar também aqui o silêncio (linguagem não verbal), porque por vezes é esta que traduz os estados de alma relacionados com as palavras ouvidas, é a escuta deste silêncio que exige a presença mais afetiva do enfermeiro, já que interpretar corretamente o silêncio do “doente” é escutar o que ele vive profundamente.

Neste sentido, dar-se-á ênfase ao respeito e empatia, como sendo duas atitudes essenciais para a relação de ajuda no cuidar em enfermagem, que não fazem qualquer sentido se forem manifestadas isoladamente, pois é a presença e a expressão destas atitudes que irão determinar a qualidade da relação do enfermeiro.

As noções de acolhimento devem constar em todas as ações dos profissionais, em todas as fases de atendimento. Para que isso aconteça é necessário que todos os profissionais envolvidos, direta ou indiretamente, no atendimento sejam capacitados para um cuidado humanizado, e uma assistência interdisciplinar.

Na enfermagem além do acolhimento, é importante realizar uma anamnese de forma ampliada, observando não somente a queixa principal como também examinando fatores que contribuem para outros atos de violência (Scherer & Scherer, 2000).

Durante o exame físico, o enfermeiro deve analisar cuidadosamente cada lesão, relacionando-a com a história apresentada e o estágio de desenvolvimento da criança (após definir em conjunto com outros profissionais a estratégia a seguir tendo em conta a urgência médico-legal), pois muitos sinais e sintomas são inespecíficos podendo estar presentes em outros tipos de violência ou até em outras patologias.

Contudo o enfermeiro deverá conjecturar que, por vezes, a criança ou adolescente ocultam a verdade ou mentem, em relação aos factos ocorridos por medo de serem castigadas, desacreditadas e desprotegidas (Scherer e Scherer, 2000).

Ainda neste contexto, evidencia-se que os enfermeiros são na maior parte das vezes a primeira pessoa a ter o primeiro contato com a criança e família, sendo assim os responsáveis mais capacitados para atuar em conformidade, no caso de a criança ser hospitalizada (Wong, 1999).

Uma vez que são os enfermeiros os principais responsáveis, não só pela elaboração da triagem, mas também pela implementação e organização dos cuidados e tratamentos clínicos das crianças e dos adolescentes, a preparação teórica, científica e legal destes profissionais é fundamental. Por esta razão, os enfermeiros deverão ter o dever, não apenas de assegurar cuidados de enfermagem seguros e adequados, mas também o de

assumir a identificação, recolha e preservação de vestígios com relevância médico-legal. Crê-se que, desta forma, será possível certificar que os direitos das vítimas são salvaguardados (Gomes, 2010).

A documentação rigorosa é uma preocupação dos enfermeiros desde há mais de 100 anos. Os registos de enfermagem permitem, sobretudo, a continuidade dos cuidados. Os dados obtidos pelos enfermeiros são as informações sobre a condição clínica de um cliente, que podem ser obtidos através do exame físico, do seu historial, de situações atuais e podem ser objetivos ou subjetivos (Mota, 2009).

No caso de abuso sexual de crianças e adolescentes, estes registos devem ser realizados de forma cuidadosa dando ênfase à forma como a criança ou o adolescente foi encontrado e trazido à urgência e a descrição do ocorrido, pois contêm informação fundamental para reconstruir as circunstâncias do incidente. Os registos devem ser precisos, completos e legíveis e devem usar terminologia adequada na descrição dos ferimentos. As possíveis falhas na documentação usualmente têm várias causas, desde falta de prática, excesso de trabalho, falta de recursos e detalhes. A exatidão dos registos é fundamental na medida em que podem evitar incertezas sobre o ocorrido e consequências negativas na decisão do tribunal (Lynch, 2006, cit. por Silva, 2010b).

Em alguns casos, o enfermeiro é requisitado, como perito ou testemunha, para depor em tribunal, pelo que se torna indispensável o arquivo da documentação detalhada relacionada com os exames realizados à vítima e outras anotações pertinentes, já que alguns processos podem levar anos até chegar à fase de depoimento profissional (Gomes, 2010).

O abuso sexual de crianças e adolescentes tem maior incidência num núcleo privado, sendo os familiares os abusadores mais frequentes. Essa questão coloca muitas vezes o profissional de saúde num dilema moral e ético que envolve a quebra do sigilo, quando se trata da notificação. Porém, experiências diversas mostram a importância de se transportar este tipo de violência, de um ambiente privado para um ambiente público, pois tal situação remete à dimensão ética da lei do exercício profissional das várias categorias que atuam junto à criança e adolescente, podendo assim evitar, as frequentes revitimizações (Silva et al, 2011).

A notificação de suspeita ou confirmação do abuso sexual em crianças e adolescentes é obrigatória por lei. Esta obrigatoriedade é justificada não somente pelos danos causados à saúde da vítima e pelo aspeto criminal da violência, mas, sobretudo por se constituir um instrumento de proteção e defesa dos direitos de crianças e adolescentes vitimizados (Silva, et al 2011).

No entanto, ressalva-se que a própria Ordem dos Enfermeiros preconiza, no Código Deontológico do Enfermeiro, nos Artigos 78.º, 79.º, 80º, 81º e 82º, que as intervenções de enfermagem deverão ser realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e dignidade da pessoa e devem assegurar, na sua relação profissional, a igualdade, a verdade, a justiça, o altruísmo, o respeito pelos direitos humanos, o bem da comunidade, a defesa da pessoa das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum, a excelência do exercício e a competência profissional (OE, 2009).

Alguns profissionais temem o envolvimento em casos de violência, por medo de represálias e de ações judiciais, como a convocação para prestar depoimento. Porém, a resistência diante dos riscos inerentes a intervenção deve ser superada com estratégias que considerem a complexidade do problema, devendo o serviço esclarecer os profissionais e criar condições para que atuem em segurança (Silva, et al 2011).

É de realçar a importância de se criar uma dinâmica de responsabilidade institucional para a notificação dos casos. Se, por um lado, tal notificação é de responsabilidade do profissional, por outro, é a instituição que deve garantir esta conduta profissional, protegendo o indivíduo de “arcar” com todas as pressões, compartilhando a responsabilidade pelo caso. Contudo, esta situação não pode deixar de ser notificada pois ter conhecimento de abusos, que são crimes, segundo a lei portuguesa e não os comunicar a alguém, é ser conivente e cúmplice do criminoso, mesmo que se esteja “moralmente” ao lado da vítima (Cordeiro, 2003).

Em situações de suspeita de abuso sexual intrafamiliar, a literatura mais recente tem vindo a enfatizar, cada vez mais, a necessidade de alargar o processo terapêutico aos progenitores não abusivos, na medida em que o suporte parental, a estabilidade e a previsibilidade das famílias diminuem o nível de problemas comportamentais apresentados pelas crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual, bem como ajudam na promoção da sua auto-estima (Machado, 2006).

Canha (2003, pp.43-45) no seu estudo prospetivo, refere a “importância da manutenção da criança no seu meio familiar natural e das necessidades de continuação do seu acompanhamento e respetivas famílias” com “objetivo da reintegração da criança, prevenindo riscos de recorrência e proporcionando a criação das condições mais adequadas para o seu desenvolvimento”. Contudo, existem situações em que é necessário a intervenção do Tribunal de Família e Menores para conferir a tutela temporária da criança ao hospital.

A mesma autora alega ainda, que em cada novo caso diagnosticado, sempre que se entende necessário, procurava-se na família alargada um elemento idóneo, capaz de

assegurar não só a educação e vigilância da criança e do adolescente mas também poder servir de auxílio ao melhor funcionamento familiar.

É também importante que o enfermeiro aborde com a família a necessidade de proporcionar à criança e adolescente educação sexual adequada à sua idade, que lhe permita lidar com o seu conhecimento experiencial, bem como prevenir problemas futuros na esfera sexual. Segundo alguns autores, esta poderá ser realizada em contexto terapêutico, principalmente em crianças e adolescentes cuja sintomatologia é menor e sem necessidade de uma intervenção mais aprofundada (Berliner, 1991; Saywitz et al, 2000 cit.por Machado, 2006).

Os mesmos autores, sugerem ainda que poderá eventualmente, ser benéfico, ajudar a criança e o adolescente a identificar pessoas às quais possam revelar o sucedido, de forma a contestar empiricamente a crença de que, se alguém souber, os vão rejeitar. (Berliner, 1991; Saywitz et al, 2000 cit. por Machado, 2006).

As intervenções de enfermagem devem ser norteadas por uma visão holística da criança, visando o seu bem-estar e o seu conforto.

Não ter orientações precisas e não atuar perante um caso de abuso sexual é colocar em causa a vida e o futuro de uma criança e perder a oportunidade de intervir nas circunstâncias que podem perpetuar o perigo.

Conhecer os fatores predisponentes numa suspeita de abuso sexual, os diferentes tipos, as suas principais manifestações e formas de apresentação, a conduta mais adequada e as medidas de prevenção, são tarefas prioritárias para compreender e identificar esta problemática e permitir planejar e colocar em prática as estratégias de apoio e vigilância às crianças e respetivas famílias

Os enfermeiros têm de ter em consideração que só será possível a recuperação da criança e dos seus abusadores se houver uma estreita colaboração entre os outros elementos que integram a equipa de saúde e os elementos da família. A atitude comprovadamente mais adequada e mais eficaz é a atitude de prudência e de calma, evitando juízos de crítica ou punição, mostrando compreensão, respeito e sentido de ajuda e capacidade para evitar outro mau trato que é a exposição da vítima e da sua família. O principal objetivo da equipa deve ser o da proteção da criança, criando as condições para o seu regresso ao domicílio sem riscos, de forma a evitar que os maus-tratos continuem (Canha, 2003).

1.2.2 Vivência do Profissional de Enfermagem Perante uma Suspeita de Abuso Sexual

Atualmente, ainda é muito comum, os enfermeiros e outros profissionais da área da saúde terem dificuldades em identificar e gerir situações de abuso sexual envolvendo crianças e adolescentes. Os sentimentos de incerteza, raiva, ansiedade, e de frustração, que surgem perante estas situações, parecem estar relacionados ao mecanismo de defesa do próprio ser humano, como uma maneira de amortizar seus próprios sofrimentos. Pensa-se que o profissional de enfermagem deve ter conhecimento da problemática acerca do abuso sexual desde sua formação acadêmica, e manter a equipe multiprofissional atualizada através da educação contínua em serviço.

1.2.2.1 Sentimentos Experienciados Face à Situação

Furniss (1993) refere que os casos de abuso sexual levam o profissional a ter uma proximidade com sentimentos de incredulidade, revolta, angústia, indignação, etc. Tais sentimentos podem resultar em negação do diagnóstico ou atitudes intempestivas de julgamento e punição da família, por esta não ter protegido a criança ou por ter perpetrado o abuso. Os sentimentos ambivalentes são relatados por vários autores, sendo identificados na forma de atitudes, quer de cuidado e atenção, quer de dúvida quanto à veracidade da revelação e ao desejo de punição (Furniss, 1993; Gabel, 1997).

A literatura enfatiza, que estes sentimentos possam estar relacionados com a falta de preparação de alguns profissionais em lidar com seus próprios sentimentos, pois no atendimento à vítima, eles passam por situações emocionais que podem estar vinculados a tabus, preconceitos e até mesmo a atitudes de fuga diante de situações geradoras de stress como estas. Outro elemento centra-se na insuficiência da formação, no que se refere à abordagem da criança e do adolescente vítima de abuso sexual, levando à insegurança durante o acolhimento (Coco, Silva e Jahn, 2010).

Talvez um dos motivos, pelo qual a equipe sente revolta em casos de abuso sexual perpetrado por familiar, é de que, muitas vezes, a própria família protege o agressor em vez de proteger a criança e a equipe sofre por ver o sofrimento da criança. Há um desejo de realizar justiça “pelas próprias mãos, pois querem que o abusador sofra da mesma forma que fez a criança sofrer” (Woiski & Rocha, 2010).

Ressalta-se ainda, que os profissionais de enfermagem sentem insegurança quer física e emocional devido ao medo de se expor, pois há casos de ameaça pelos familiares quando ocorre o reconhecimento do abuso e encaminhamento para as entidades competentes e, também, casos em que a família mantém esta situação em segredo. Por este motivo, acontece frequentemente a omissão da notificação.

Este facto leva-nos a insistir na necessidade de que todos os profissionais que trabalham com crianças e jovens estejam informados e sensibilizados para a necessidade de denunciarem com urgência qualquer caso de que tenham suspeita, tendo em vista promover com a maior urgência possível o exame médico-legal.

A discussão reside no significado que o abuso sexual tem para o profissional de enfermagem. Este significado não é único para todos, pois depende intensamente das vivências pessoais, profissionais e da formação académica de cada profissional (Furniss, 1993).

Os estudos anteriores vêm confirmar que os profissionais de enfermagem têm um envolvimento de tal forma com a criança e família, que fazem emergir uma gama de sentimentos e emoções que poderão a vir a influenciar a realização dos cuidados (Woiski & Rocha, 2010).

Neste sentido é muito frequente que a “dor” manifestada pela criança seja entendida pelo profissional de enfermagem de forma profunda e intensa, o que, além do efeito benéfico, que tem na relação empática e terapêutica pode também gerar reações psicológicas perturbadoras, dolorosas e prejudiciais, consoante os sintomas sejam temporários e leves, ou se tornem mais graves, ao manter contacto com estas crianças ou adolescentes durante meses ou anos.

Os enfermeiros ao cuidarem de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual acabam por partilhar experiências geradoras de sentimentos de frustração e impotência, principalmente em situações de abuso intrafamiliar em que são posteriormente “obrigados” a entrega-los novamente ao responsáveis, levando a subestimarem as suas próprias competências.

As vivências experienciadas pelos enfermeiros, se não forem bem resilienciadas poderão dar origem a Síndrome de Burnout proveniente de tensões emocionais constantes.

Assim, e de forma a evitar esta situação constrangedora é necessário que os enfermeiros possuam formação e competências nesta área a fim de adquirir estratégias para resolver tais adversidades.

No entanto, a todos os profissionais que trabalham com crianças e adolescentes exige-se cada vez mais sensibilidade e consciencialização relativamente ao dever de sinalização destes casos logo que deles exista suspeita, face à observação de determinado sintoma ou sinal de alerta ou informação minimamente consistente quanto à possibilidade de se estar perante uma situação de abuso sexual, assim como qualquer outra forma de abuso.

1.3 PERSPETIVA ÉTICO-LEGAL DA CRIANÇA E ADOLESCENTE VÍTIMA DE ABUSO SEXUAL

O abuso sexual de crianças e adolescentes é um dos crimes contra a autodeterminação sexual, prevista no artigo 171º do Código Penal Português (C.P.P.) que visa a proteção das crianças contra atos e comportamentos de índole sexual, nos quais não têm maturidade para consentir nem participar (Machado, 2002; Carmo, Alberto e Guerra, 2006). Os crimes desta categoria são classificados pela Organização Mundial de Saúde como um vasto problema de saúde pública. Desta forma, as definições de abuso devem incluir não só aqueles atos cometidos por um adulto contra uma criança, mas também os abusos sexuais cometidos entre crianças e adolescentes (Pfeifer & Salvagni, 2005).

O abuso sexual pode revestir-se de diferentes formas, que podem ir desde importunar a criança ou jovem, obrigar a tomar conhecimento ou presenciar conversas, escritos e espetáculos obscenos, utilizá-la em sessões fotográficas e filmagens, até à prática de coito (cópula, coito anal ou oral), ou introdução vaginal ou anal de partes do corpo ou objetos, passando pela manipulação dos órgãos sexuais, entre outras; as quais se encontram previstas e punidas pelo atual art.º 171.º do Código Penal Português, que trata expressamente do crime de abuso sexual de crianças. Sempre que do ato resulte gravidez, ofensa à integridade física grave ou morte da vítima, infeções de transmissão sexual ou suicídio, a pena será agravada em metade ou em um terço, nos seus limites máximos e mínimos, conforme o caso em causa e de acordo com a idade da vítima. O mesmo sucede se esta for descendente, adotada ou tutelada do agente – art.º 177º Código Penal (Carmo, Alberto e Guerra, 2006).

Segundo os mesmos autores, sempre que um cidadão tome conhecimento da ocorrência de um crime de abuso sexual contra uma criança tem o dever moral de o denunciar ao Ministério Público (M.P.) ou a outra autoridade judiciária, ainda que legalmente a denúncia seja facultativa (artigo 244.º do CPP). Ressalva-se, no entanto, que a denúncia

torna-se obrigatória para as entidades policiais, mesmo que desconheçam o agente do crime (artigo 242.º, n.º 1, al. a) do CPP)

Também o Instituto Nacional de Medicina Legal (INML), tendo por base a atividade pericial que desenvolve, é competente para receber denúncias de crimes, devendo no mais curto prazo de tempo possível comunica-las ao Ministério Público, em concordância com o estipulado no n.º 1 do artigo 4.º da Lei n.º 45/2004, de 19 de agosto (Magalhães, 2010).

No caso de crimes de abuso sexual de menores o exame médico-legal tem uma importância probatória muito elevada (Magalhães & Vieira, 2003). As perícias médico-legais são realizadas por peritos médico-legais (Magalhães, 2010) (artigo 21.º, n.º 1 da Lei n.º 45/2004, de 19 de agosto) nos gabinetes destinados para o efeito do INML, tal como congratula o n.º 1 do artigo 2.º da Lei n.º 45/2004, de 19 de agosto.

A autora refere ainda que a mesma Lei prevê que no caso de exames médico-legais a realizar a vítimas de abuso sexual estas possam ser realizadas por dois peritos ou por um perito auxiliado por um enfermeiro (n.º 2 do artigo 21.º).

A partir do momento em que um crime de abuso sexual contra menor é reportado a uma das instâncias de controlo formal a criança abraça o mundo da Justiça através de duas formas: a Justiça Protetiva e a Justiça Criminal, originando a abertura de dois tipos de processos, o processo de promoção e proteção e o processo-crime, respetivamente (Ribeiro, 2009).

Segundo o mesmo autor a Justiça Protetiva visa proteger e assegurar o bem-estar da criança vítima, bem como promover os seus direitos, enquanto a Justiça Penal, é responsável pela investigação criminal, pela descoberta da verdade material e pela punição do agente que praticou o crime (Ribeiro, 2009).

A Convenção dos Direitos da Criança (CDC) no seu artigo 34 reconhece às crianças o direito à proteção contra todas as formas de exploração e de violência sexuais. Pretende-se aqui dar uma proteção acrescida à criança que, pela sua condição, carece de meios de autodefesa, obrigando, assim, o Estado-partes a adotar medidas que visem proteger e incriminar a prática destes ilícitos. A CDC reconhece também às crianças vítimas de crime o direito à recuperação psicológica e reinserção social (art.º 39.º). A criança é considerada como sujeito pleno de direitos e deve gozar de um estatuto especial face ao sistema penal. O Estado deve melhorar as leis e os procedimentos com vista ao exercício da ação penal sobre os infratores, bem como à assistência e proteção das crianças identificadas como vítimas, a fim de prevenir a sua dupla vitimação. O nº 3 do artigo 8º proclama um direito fundamental da criança, impondo que o superior interesse da mesma

deva ser condição primacial no tratamento dado pelo sistema de justiça penal. Neste sentido será necessário valorizar a criança vítima no processo, considerando o seu testemunho e evitando a morosidade e novos danos, provenientes de um tratamento imperfeito no sistema penal português (Dias, 2012).

A CDC preconiza que o ideal de atuação junto dos menores deverá ter lugar no âmbito do agregado familiar, recorrendo-se à institucionalização apenas quando a permanência na família for de todo impossível (Pedroso e Fonseca, 1999 cit. por Tomás & Fonseca, 2004).

Neste sentido, as autoras referem que as Comissões de Proteção a Crianças e Jovens (CPCJ) surgem então, com o objetivo de encontrar alternativas para situações desfavoráveis, como é o abuso sexual, vividas por muitos menores, sem o envolvimento dos tribunais e de forma a evitar não só a institucionalização mas o internamento.

Poderá, no entanto, existir um aspeto impeditivo da concretização dos objetivos da CPCJ, que é o facto de as Comissões só poderem atuar mediante o consentimento dos pais. Se estes tiverem uma opinião contraditória, então a intervenção passará a ser da competência dos tribunais.

Contudo, e em consonância com o nº 4 da CDC é necessário e exigível uma adequada formação das pessoas que trabalham junto das vítimas (Dias, 2012).

No caso específico da Enfermagem, e no que diz respeito ao exercício dos seus profissionais, o Código Deontológico do Enfermeiro contém normas éticas e legais que guiam a profissão. Assim, as intervenções de enfermagem previstas no art. 78º são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro, com vista à excelência do exercício na profissão em geral e na relação com outros profissionais (OE, 2009).

Desta forma, o enfermeiro nos casos de abuso sexual em crianças e adolescentes têm o dever de salvaguardar os direitos dos mesmos protegendo-os de qualquer forma de abuso, cumprindo as normas do art. 81 do mesmo código (OE, 2009).

Todo enfermeiro ao omitir ou ser conivente com suspeita de abuso sexual, mesmo que seja por medo de represálias por parte da família, estará a desrespeitar o código pela qual rege a sua profissão levando a consequências graves. Consciente de que a sua ação se repercute em toda a profissão, deve ainda manter no desempenho das suas atividades, em todas as circunstâncias, um padrão de conduta pessoal que dignifique a profissão.

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem determinam ainda penalidades no incumprimento das suas normas que variam desde a advertência verbal, multa e censura. O profissional, diante de uma criança ou adolescente vítima de violência, não deve limitar-se na preocupação de notificar, como também em proporcionar à vítima um acolhimento carinhoso, ouvindo atentamente, mantendo um ambiente tranquilo, evitando acusações ou tentativa de coagir a vítima a falar, utilizando diferentes métodos para compreender o ocorrido, observando gestos e procurando estabelecer uma relação de confiança com a família e quando necessário, fazer encaminhamentos para outras entidades competentes.

Segundo Alberto (2006), a equipa de saúde que trata destas crianças é necessariamente ampla, mas deve ser coesa na sua intervenção. O médico, o psicólogo, o técnico superior de serviço social, o enfermeiro, o juiz de família e menores têm uma oportunidade de formarem um modelo de colaboração interdisciplinar em que exista uma verdadeira articulação em rede.

2 ESTUDO EMPIRICO

Na segunda parte deste trabalho, serão apresentados os passos que constituem a metodologia, a apresentação e análise dos resultados, a discussão dos resultados, a síntese final e as propostas de intervenção.

2.1 METODOLOGIA

Neste capítulo identificam-se os procedimentos adotados para a obtenção dos dados. Assim, serão descritas as etapas que compõem o estudo e a sua sequência.

É descrito o tipo de estudo com a respetiva questão de investigação, definida a população, apresentadas as razões da sua escolha e explicitadas as técnicas e instrumentos de colheita de dados, o plano de recolha e, posteriormente, os procedimentos relativos à aplicação do referido instrumento. O capítulo termina com os procedimentos a seguir para o tratamento e análise dos dados.

Questão de Investigação

A questão que considerei pertinente para este estudo foi:

“Qual é a percepção e valoração do diagnóstico de Abuso Sexual em crianças e adolescentes pelos profissionais de Enfermagem”, no Hospital Pediátrico de Coimbra?

Tendo em conta alguns conhecimentos adquiridos nesta área por experiência profissional, apoiados pela pesquisa bibliográfica e com a apreciação de peritos elaborei um tipo de questionário abrangente, no qual se tentará encontrar resposta para esta questão.

2.1.1 Tipo de Investigação

O objetivo geral consiste na aquisição do conhecimento acerca da percepção dos profissionais de enfermagem do Hospital Pediátrico de Coimbra Dr. Carmona da Mota – CHUC relativamente ao diagnóstico de abuso sexual em crianças e adolescentes e a sua respetiva valoração, de forma a definir linhas orientadoras a uma atuação futura, com intuito de salvaguardar os direitos das vítimas.

Neste estudo o objetivo será explorar o domínio em profundidade e explorar o conceito para extrair dele todas as manifestações com vista a descrever o fenómeno

De forma a atingir este objetivo foram delineados os seguintes objetivos específicos:

- Identificar as crenças dos enfermeiros relativamente ao diagnóstico de abuso sexual em crianças e adolescentes.
- Identificar a importância atribuída pelos enfermeiros ao diagnóstico de abuso sexual em crianças e adolescentes.
- Descrever os sentimentos vivenciados pelos enfermeiros frente a uma situação de abuso sexual em crianças e adolescentes.
- Descrever as intervenções dos enfermeiros perante uma situação de abuso sexual em crianças e adolescentes.

O estudo é considerado exploratório uma vez que, como referem vários autores, dos quais se destaca Gil (1995), parte-se de um fenómeno que, segundo esta perspetiva, ainda se encontra pouco explorado e porque com ele se pretende alargar a perspetiva de análise.

O presente trabalho surge da necessidade de uma compreensão acrescida acerca de um fenómeno por um lado, tal como se apresenta, sem intenção de o controlar, mas descrever e interpretar, enquadrando-se assim, na metodologia qualitativa. Por outro lado, tem como finalidade avaliar as causas e efeitos desse fenómeno de uma forma mais objetiva, enquadrando-se numa pesquisa quantitativa. Dado o exposto, neste trabalho foram utilizadas ambas as metodologias de forma a complementarem-se.

2.1.2 População Alvo e Participantes

A população alvo é constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de seleção definidos antecipadamente, os enfermeiros dos serviços de urgência e internamento do Hospital Pediátrico de Coimbra, os que mais frequentemente contactam com situações de suspeita de abuso sexual em crianças e adolescentes. Na seleção desta amostra foi utilizada a técnica de amostragem não probabilística, por acessibilidade do tipo accidental, que decorreu desde o início do mês de Fevereiro ao final do mês de Maio de 2014.

Nos meses estabelecidos para colheita de dados, foram distribuídos 120 instrumentos de colheita de dados pelos Serviços mencionados, tendo sido preenchidos 70 (58,0%). Dos enfermeiros que aceitaram participar, 66 (94,3%) são do sexo feminino e 4 (5,7%) do sexo masculino.

2.1.3 Instrumento de Colheita de Dados

O instrumento de colheita de dados é constituído por dois questionários (Apêndice I). A primeira parte é constituída por um questionário de 5 questões abertas e uma fechada, elaborado pela investigadora de acordo com os objetivos do estudo, associado à técnica de análise de conteúdo onde os enfermeiros descrevem opiniões, sentimentos e crenças mais relevantes face ao diagnóstico de abuso sexual em crianças e adolescentes.

Com as questões de resposta aberta pretende-se obter respostas de maior profundidade, proporcionando ao sujeito maior liberdade de resposta.

A segunda parte consiste na aplicação da “Escala de crenças sobre abuso sexual” (ECAS de C. Machado, M. Gonçalves e M. Matos, 2000). Esta escala é constituída por 17 itens, construídos a partir da observação clínica de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual e da literatura sobre mitos e crenças culturais em relação ao abuso. Foram utilizadas ainda, como referências na sua construção, os relatos fruto da observação clínica de abusadores, bem como, a literatura acerca das suas estratégias cognitivas de legitimação do comportamento sexualmente abusivo. As opções de resposta na escala dos autores encontram-se formuladas numa escala de Likert de 5 pontos correspondendo desde 1 (“discordo totalmente”) a 5 (“concordo totalmente”). Foi elaborada a reflexão falada destes itens, junto de amostras da população normativa, bem como, com técnicos que trabalham com vítimas de crimes sexuais. Posteriormente, o estudo normativo conduzido com 372 sujeitos, identificou três fatores nas respostas à ECAS: a) a

legitimação do abuso pela sedução infantil (itens 4, 6, 8, 9, 11, 12, 13 e 16); b) a sua legitimação pela ausência de violência (itens 7, 9, 10, 11, 13, 14, 15 e 17); e c) a crença de que o abuso não existe quando o ofensor não corresponde a um estereótipo pré-definido (itens 1, 2, 3, 4 e 5). O índice total do questionário constitui uma medida genérica de tolerância/legitimação do abuso sexual, enquanto os totais específicos obtidos em cada fator permitem avaliar as crenças centrais subjacentes a tal legitimação.

Relativamente aos dois questionários foi colocado o de perguntas fechadas numa segunda fase, de forma a não influenciar as respostas dos participantes ao questionário de perguntas abertas sobre o tema em estudo.

2.1.4 Questões Éticas

Neste estudo pretende-se que os procedimentos decorram dentro das preocupações éticas no que se refere à proteção dos direitos dos participantes e da instituição envolvida.

Assim, foi elaborada uma carta direcionada ao Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E., com o objetivo de obter permissão para a realização do estudo, no Hospital Pediátrico de Coimbra ao qual foi dado um parecer favorável (Apêndice II).

Para além destes consentimentos, elaborou-se o consentimento informado (Apêndice III), onde os participantes envolvidos foram informados do objetivo do estudo e da metodologia para colheita de dados.

Foi explicitado a todos os participantes a possibilidade de não o fazer e de desistir a qualquer momento. Foi assegurado o anonimato no questionário, não havendo identificação dos sujeitos em qualquer parte do instrumento ou acesso a informações que identifiquem o participante.

Foram respeitados os princípios formais e éticos fundamentais no que respeita a: autodeterminação, intimidade, anonimato e confidencialidade, tratamento justo e equitativo, isenção de exploração e consentimento informado.

De forma a garantir este anonimato e a confidencialidade, foram utilizados códigos de identificação e os dados foram analisados após serem agrupados, o que não permite a identificação dos sujeitos pelas suas respostas.

Os instrumentos de colheita de dados foram distribuídos em cada Serviço, em número igual aos enfermeiros que compõem a equipa, tendo sido deixados num envelope. Os instrumentos preenchidos foram colocados pelo próprio participante na “urna fechada de questionários preenchidos” deixada nos Serviços, para o efeito, não havendo contacto dos mesmos com outras pessoas além do participante e da autora do trabalho.

2.2 RESULTADOS

Após a receção dos questionários preenchidos e recolhida a informação, foram constituídos grupos para cada questão a fim de iniciar a sua análise.

Para tratamento da informação quantitativa, utilizou-se o método descritivo simples na medida em que existem indicadores quantificáveis de inferências a partir de amostras de população relacionadas com conceitos quotidianos (Queiróz, 2007).

No tratamento da informação qualitativa, utilizou-se como técnica a análise de conteúdo, com o qual se pretende obter indicadores qualitativos que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção das mensagens.

O número de questionários recebidos foi inferior aos entregues (58,0%) mas, considerou-se que com os existentes se ter atingido a saturação da informação uma vez que muitos relatos semelhantes parecem ocorrer repetidamente. O não preenchimento de questionários pelos enfermeiros devem-se a interrupções de trabalho por motivos de férias, atestados médicos, licenças de maternidade e paternidade e a falta disponibilidade. Alguns não responderam a todas as questões, pelo que foram excluídos do estudo.

No questionário de questões abertas, primeiramente agrupou-se questão por questão, seguiu-se uma fase em que todas as frases descritas foram analisadas procurando identificar padrões temáticos. Das descrições feitas que se relacionam com estes padrões foram seguidamente catalogadas em categorias a partir de significados, sentimentos, vocabulário ou outras ideias ou experiências, de forma a facilitar a explicitação do fenómeno em estudo.

Deste modo, a primeira parte do trabalho, corresponde à categorização das respostas das cinco questões abertas realizadas aos enfermeiros em que emergiram quatro categorias temáticas relativamente ao fenómeno do “Abuso sexual de crianças e adolescentes”: Significado; Sentimentos; Conhecimento/Formação; Formas de Atuação,

que foram identificadas quer pela natureza afetiva das descrições e interpretações quer pela experiência profissional do investigador.

Destas categorias, resultou a subdivisão em indicadores, que por sua vez incluem as Unidades Naturais de Significado (UNS) (ou expressões dos enfermeiros). Entre parênteses, junto a cada indicador, está o número de enfermeiros – de um total de 70 – que referenciou esse mesmo indicador (Unidade de Enumeração – UE). A ordem dos indicadores foi escolhida atendendo a lógica da sequência da sua apresentação e não ao número de vezes que foi referida. Nesta apresentação não se apresentam todas as US de cada indicador, tendo-se optado por fazer uma seleção das mais representativas e/ou complementares. Uma lista com todas as US para cada indicador é apresentada em Apêndice IV.

Posteriormente passou-se à codificação das informações proporcionadas nos questionários de forma a facilitar a sua análise qualitativa de acordo com as seguintes orientações: recorte das respostas, escolhas de unidades, agrupamento das respostas cujo conteúdo se aproximava ou era sinónimo, classificação e agregação de acordo com categorias já construídas ou a construir, dependendo da contextualização teórica e do objetivo a atingir.

Os dados obtidos foram sujeitos a uma análise baseada numa perspetiva global por categorias, e respetivos indicadores, individualizados por questões, já que cada um possui uma ideia e opinião a validar e considerar. Assim, foi fundamental utilizar as citações dos participantes reforçando o processo de interpretação de uma resposta numa determinada categoria.

Desta forma, os possíveis indicadores identificados são consideradas o ponto de partida para a construção de narrativas, que envolveram a seleção de citações e identificação de dados ilustrativos que descrevem acontecimentos individuais.

Estas categorias e respetivos indicadores, como já foi anteriormente referenciado emergiram dos objetivos, e da contextualização teórica realizada, pois desta forma pretendo encontrar possíveis respostas às perguntas de investigação, através dos comentários dos enfermeiros.

De seguida são apresentados os resultados, correspondentes ao questionário I das 5 respostas abertas realizadas aos enfermeiros com a respetiva categorização (Figura 1).

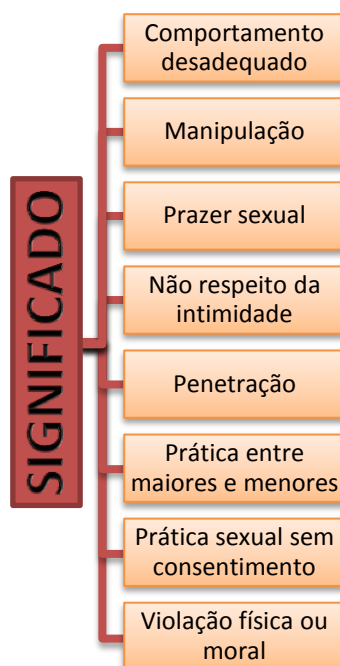
Figura 1 - Esquema representativo das categorias



2.2.1 Significado

Os indicadores que se seguem resultaram da categorização das respostas dos enfermeiros à questão “1- O que entende por Abuso Sexual em crianças e adolescentes?”. Criaram-se então oito indicadores, nomeadamente: *comportamento desadequado; manipulação; prazer sexual; não respeito da intimidade; penetração; prática entre maiores e menores; prática sexual sem consentimento e violação física ou moral* (Figura 2).

Figura 2 – Esquema representativo dos indicadores para a categoria “Significado”



a) Comportamento desadequado (8)

O abuso sexual a crianças e adolescentes é entendido de uma forma geral como um conjunto de *comportamentos* conscientes, mas *desadequados* por parte do abusador. Actos como seduzir, utilização de vocabulário inadequado, exibicionismo, comentários provocantes, carícias inapropriadas ou até o uso de poder e do seu estatuto social – muitas vezes elevado - constituem exemplos de comportamentos disfuncionais que o abusador utiliza com crianças e/ou adolescentes, na perspetiva dos enfermeiros.

P 5: situação disfuncional em que alguém gozando de posição ou estatuto de "superioridade" (social, física/mental) usa face à criança/jovem

P 8: exibicionismo do agressor

P34: Toda a forma de maltrato à criança através de sedução, comunicação, toque, ou mesmo ato sexual

P43: carícias inapropriadas

P70: manipulação de órgãos genitais, pornografia, exibicionismo ou comportamentos ou comentários provocantes.

b) Manipulação (11)

A *manipulação* é referida como uma forma particular de comportamento. É entendida pelos participantes como algo forçado, que pressiona, estimula, impõe a

criança/adolescente a fazerem algo que não pretendem.

P 6: obrigando-os a tal ou manipulando-os por forma a concordarem com o ato pensando estar a fazer o mais correto.

P22: Tudo o que seja forçado

P31: pedir ou pressionar a criança ou adolescente a se envolver em atividades sexuais

P42: coagindo ou forçando a criança ou adolescente.

P50: uma forma de abuso, em que um adulto incentiva, manipula, estimula e pressiona a criança/adolescente a envolver-se em atividades sexuais.

P68: Todo o ato que, praticado por adultos, sob coação ou violência, na vertente sexual, possa causar dano físico ou emocional.

c) Prazer sexual (17)

A manipulação é, assim, uma estratégia utilizada pelos abusadores para conseguirem atingir o seu objectivo, que é a obtenção de *prazer sexual*, para se autossatisfazerem.

P 5: faz uso de vários meios para abusar sexualmente da mesma, buscando autossatisfazer-se.

P 9: Qualquer forma de aproximação com o objetivo de obter satisfação sexual

P27: Qualquer contato íntimo com o intuito de obtenção de prazer por parte do abusador.

P28: O abusador tem experiência, o seu objetivo é a sua satisfação pessoal.

P39: tendo em vista a satisfação física/sexual do perpetrador.

P42: jogo ou ato sexual entre duas pessoas com vista à satisfação sexual de uma delas

P67: Situações em que um adulto utiliza uma criança e/ou adolescente em prol da sua satisfação sexual.

d) Não respeito da intimidade (9)

Um acto de abuso sexual é percebido também como a violação de alguns direitos da criança/adolescente relativos à sua identidade sexual, nomeadamente o *respeito pela intimidade*. A existência de toques íntimos por alguém que não o cuidador da criança/adolescente constitui uma clara invasão da privacidade, nunca consentida, colocando em causa a sua integridade física e psicológica.

P 4: não é respeitada a sua intimidade

P18: de forma intencional invade os direitos à privacidade, ao pudor e à vontade de crianças e adolescentes

P38: Invasão de privacidade, não consentida

P53: Qualquer ato que coloque em risco intimidade/sexualidade da criança ou adolescente.

P64: Abuso sexual é o comportamento que põe em causa a intimidade da criança/adolescente,

e) Penetração (7)

Vários participantes sublinham que o abuso sexual não corresponde necessariamente à existência de penetração pelo abusador sobre o abusado.

P28: pode haver abuso sexual sem toque físico.

P55: Atos e ou práticas envolvendo ou não ato sexual,

P58: O abuso sexual nem sempre exige penetração ou coito.

f) Prática entre maiores e menores (9)

O abuso sexual é entendido também como sendo uma prática usada entre um abusador, normalmente maior de idade – mas que também pode ser um adolescente ou criança - e outra pessoa, geralmente menor de idade.

P11: Prática de relações sexuais entre um indivíduo maior de idade e um menor de idade.

P12: Quando existe ato sexual praticado por um adulto a uma criança ou adolescente

P16: práticas repetidas, durante um período de tempo indeterminado, por um adulto ou não sobre alguém indefeso

P31: Forma de abuso em que um adulto ou adolescente mais velho usa uma criança para estimulação sexual

P49: O abuso (...) quer por adultos, adolescentes e mesmo outras crianças.

g) Prática sexual sem consentimento (25)

É uma atitude abusiva utilizada sem o consentimento da criança/adolescente, não desejada, imposta e forçada, por isso, uma *prática sexual não consentida*.

P15: É a prática de atos sexuais de um adulto sobre uma criança e adolescente, sem consentimento

P21: Todo e qualquer ato que envolva práticas sexuais sem consentimento

P25: Consiste num conjunto de práticas sexuais que são impostos/forçados por um abusador a uma criança/adolescente.

P37: Ato de natureza sexual não consentido, insinuação ou obscenidade de índole sexual.

P46: Qualquer tipo de contacto físico ou intelectual de cariz sexual, não desejado / sem

consentimento.

P67: *Situações em que haja aproveitamento sexual da criança e/ou adolescente contra sua vontade.*

h) Violação física ou moral (22)

O abuso sexual é entendido como qualquer ato usado pelo abusador relacionado com violação física ou moral da criança/adolescente, quer seja através de ameaças, agressão física, sedução, simples palavras ou outros, que culminam com dano/trauma psicológico e social da criança/adolescente. Os enfermeiros tendem na sua maioria a não dissociar os dois termos (físico e moral), pelo que se entendeu que não se deveria separar um conceito do outro. Assim, segundo um dos participantes, *“Mesmo sem coação ou violência pode ser considerado abuso, desde que não haja maturidade emocional da criança jovem para compreender”* - P68.

P 1: *violação física ou moral*

P14: *uso de violência física ou psicológica de um adulto sobre uma criança e/ou adolescente*

P34: *desrespeito à inocência de uma criança, com evidentes complicações no seu desenvolvimento posterior, seja em termos físicos, psicológicos ou sociais.*

P41: *Abuso físico e/ou psicológico através de atos e/ou vocabulário inadequados a crianças e adolescentes*

P55: *possam causar distúrbios emocionais*

P65: *Todo o ato cometido por uma pessoa, que lesa física e psicologicamente, a nível sexual as crianças e adolescentes.*

2.2.2 Sentimentos

A segunda categoria refere-se aos sentimentos que os enfermeiros vivenciaram quando se depararam com uma criança ou adolescente vítima de abuso sexual, sendo que vão de encontro à questão **“2 - Quais os sentimentos vivenciados aquando do diagnóstico de abuso sexual a crianças e adolescentes?”**.

Os sentimentos, todos eles de índole negativa foram então associados às vivências dos participantes perante o diagnóstico de abuso sexual, sendo que os mais descritos foram a *revolta* (54), a *frustração* (21) e a *tristeza* (17), seguidos de sentimentos como a *repulsa* (14), o *medo* (10), a *angústia* (10), a *indignação* (9) e a *compaixão* (7). Outros sentimentos menos descritos foram o *choque* (4) e a *incompreensão* (4) (Figura 3).

Tendo em conta que a maior parte destes sentimentos são descritos apenas através da própria palavra correspondente ao sentimento, vai-se proceder apenas à exemplificação dos excertos em que os enfermeiros mais desenvolveram os mesmos.

Figura 3 – Esquema representativo dos indicadores para a categoria “Sentimentos”



a) Revolta (54)

P 3: revolta ... Insuficiente informação e falta de formação para lidar com as crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual.

P13: raiva, vontade de agir com agressividade com o violador....

P16: "vontade de fazer justiça pelas próprias mãos".

P26: O primeiro é de revolta

P45:alguma raiva do abusador.

P52: Revolta, desejo de justiça.

P54: relativamente ao indivíduo que praticou o abuso, nomeadamente, revolta,

P56: revolta/repugnância para com o agressor

b) Frustração (21)

P 1: Imagino que a criança/adolescente se possa sentir muito mal, por não ser respeitada, por ninguém a conseguir defender.

P 5: Frequentemente é o sentimento de impotência

P8: Principalmente impotência para agir perante esta situação.

P10: impotência na prevenção e ajuda.

P35: vontade de ajudar a ultrapassar a situação, necessidade de reportar os sinais encontrados.

P43: impotência de não poder fazer nada para impedir estes atos.

P56: Muitas vezes o nosso sentimento é de impotência perante a situação.

c) Tristeza (17)

P 2: pena da criança.

P64: tristeza e uma "sensação de aperto"

P65: sinto tristeza perante a sociedade que temos

d) Repulsa (14)

P63: repugna pelos adultos.

P65:Repugna em relação ao agressor.

e) Medo (10)

P24: Medo de qualquer tipo de contato por parte de outra pessoa, inclusive profissionais de saúde.

P39: medo do perpetrador

f) Angústia (10)

P36: Um sentimento de angústia pela situação da criança/adolescente.

g) Indignação (9)

P39: Indignação pela situação

P45: Indignação pela situação,

h) Compaixão (9)

P34: carinho e compaixão por uma criança e/ou adolescente que tenha tido de vivenciar este tipo de experiência.

P39: Pena, compaixão pela vítima.

P45: compaixão pelo abusado

P49: "Pena" pela situação.

P56: "pena" para com o agredido

P57: Quanto à criança sentimentos de carinho.

2.2.3 Conhecimento

A terceira categoria refere-se à percepção geral tida pelos enfermeiros no que se refere ao tipo de abuso sexual mais frequente, assim como ao sexo da criança/adolescente mais frequentemente abusado sexualmente. Assim, quatro indicadores resultaram da categorização das respostas dos enfermeiros à questão **3 - Que tipo de abuso sexual é que acha que é mais frequente? O intra ou o extra familiar? E qual o sexo mais prevalente?**.

Relativamente à primeira parte da questão, a maioria dos participantes respondeu que o tipo de abuso mais frequente acontece na esfera *intra-familiar* (63) - *“Penso, da informação dos “média”, que é o intra familiar” P20* - ao contrário do *extra-familiar*, em que apenas 3 participantes concordam ser o tipo mais frequente. No que diz respeito à segunda parte da questão, a maioria dos participantes – 50 – pensa que o mais afectado é o *sexo feminino* *“O sexo mais prevalente é o feminino, embora atualmente o masculino tenha aumentado” P50* - enquanto apenas 10 pensam ser o *sexo masculino* o mais afectado. Os restantes, ou são da opinião que os dois sexos são igualmente afetados, ou então interpretaram mal a questão e atribuíram o sexo ao abusador, que pensam ser mais frequentemente um homem *“do sexo masculino (abusador) para o feminino (abusada)” P61*.

2.2.4 Formação

A quarta categoria refere-se à formação e experiência profissional dos enfermeiros relativamente à área o abuso sexual. Estes referem-se também às lacunas que existem na área, quer no que diz respeito à necessidade que sentem em possuir mais formação na área - formal ou informal - assim como à necessidade de haver um aperfeiçoamento das formações na temática do abuso sexual.

Em resposta à questão **4 - Sente que possui informação e formação para identificar**

uma situação de abuso sexual em crianças adolescentes? Como foi adquirida?” resultaram oito indicadores, nomeadamente: *licenciatura/outros cursos; auto-formação; experiência profissional; falta de experiência; sem formação específica; pouca informação/formação; melhorar a formação na área e adquirir mais conhecimentos.*

Figura 4 – Esquema representativo dos indicadores para a categoria “Formação”



a) Licenciatura/outros cursos (17)

Depois de questionados sobre a existência de informação/formação para identificar uma situação de abuso sexual em crianças adolescentes e como é que a mesma foi adquirida, os participantes escreveram que a formação foi adquirida durante a frequência do curso superior – *licenciatura*– ou *outros cursos*, como pós-graduações e especializações.

P 5: Os conhecimentos que tenho sobre abuso sexual em crianças, foi adquirido no âmbito da licenciatura em Enfermagem (sinais de "alarme", contexto social e familiar)

P32: Curso de Enfermagem e Psicologia.

P41: Possuo alguma informação, adquirida ao longo do curso de especialização em Enfermagem Infantil e Pediatria,

P51: competências adquiridas durante o curso de especialidade e mestrado em enfermagem de saúde infantil e pediatria.

P64: Sinto que possuo informação e formação moderada para identificar uma situação de abuso sexual sobretudo em adolescentes (a nível de crianças nem tanto). Esta formação foi

adquirida no âmbito de um projeto da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (no qual estou inserido) que trabalha a problemática da violência no namoro

b) Auto-formação (8)

Por outro lado, também recorreram à pesquisa pessoal de informação – *auto-formação*– para preencherem algumas lacunas sentidas na área.

P26: Não, a minha formação vem da procura pessoal de informação.

P30: pesquisa

P42: Sim. Através de leituras

P44: Sim, inclusive no ano passado realizei uma formação neste sentido com uma formadora pertencente à comissão de proteção de menores.

P52: pesquisa bibliográfica.

P64: Outras informações adquiri através de bibliografia e documentários.

c) Experiência profissional (26)

A *experiência profissional* foi referida por uma significativa parte dos participantes como facilitadora da aquisição de competências relacionadas com formas de atuar perante uma situação de abuso sexual. Em alguns casos, a partilha de informação entre colegas, ou a existência de formação em serviço foi importante para a actualização e aprofundamento de conhecimentos na área do abuso sexual.

P 4: Alguma informação, não na plenitude, foi adquirida com contato com essas situações

P 9: Alguma experiência da prática profissional.

P23: Ao longo do meu percurso profissional

P58: Os conhecimentos que fui adquirindo vêm da experiência profissional de contacto com situações deste género e do encaminhamento realizado ... Também entre colegas vamos conversando sobre estas vivências e formas de atuar.

P70: observação/diálogo estabelecendo com a criança/acompanhante, vítima deste tipo de mau trato, e recorram ao S. Urgência, por este ou por outro motivo.

d) Falta de experiência (5)

Por outro lado, alguns participantes admitem ter *falta de experiência* na área do abuso sexual.

P 1: nunca vivenciei muitas situações acerca desta temática.

P 2: não é um diagnóstico fácil e não tenho experiência em lidar com estas situações.

P 7: Sendo um tema tão complicado

P8: Não. Não sou capaz de identificar novas situações através de comportamentos/attitudes da criança/adolescente.

P49: Não. Considero que não conseguiria identificar facilmente.

e) Sem formação específica (26)

Ou então referem nunca ter tido *formação específica* na área.

P 1: formação específica não tenho.

P14: Não considero ter informação nem nunca tive formação neste âmbito.

P22: Considero não a ter específica para determinar esse tipo de diagnóstico.

P56: relativamente a crianças e adolescentes não possuo grande formação.

f) Pouca informação/formação (17)

No geral, parte dos participantes sente ter *pouca informação e formação* na área, que lhes permita identificar e atuar perante uma vítima de abuso sexual.

P 7: sinto que não tenho informação nem formação suficiente para poder identificar uma situação deste tipo.

P12: Não, sinto que neste aspeto tenho falta de informação que me permita perceber se uma criança/adolescente já foi abusado ou está em risco.

P18: Sinto que não, até porque nós "conhecemos" as crianças e famílias num contexto muito controlado, mas não temos acesso a todos os dados relevantes para identificarmos essas situações devidamente.

P34: não acredito que tenha formação para identificar uma situação de abuso sexual e para lidar com a mesma em toda a amplitude que esta situação abrange.

P67: Sinto que possuo pouca informação/formação.

g) Adquirir mais conhecimentos (3)

Assim, perante a formação e informação tidas como insuficientes por parte dos participantes, estes sentem necessidade de *adquirir mais conhecimentos*.

P 1: Sinto uma lacuna nesta área... Possuo alguma informação acerca de determinados sinais de alerta

P54: No entanto sinto que ainda poderei adquirir mais conhecimentos/competências acerca desta temática.

P55: Informação e formação básica suficiente, não ainda a desejada.

Assim como haver um *aperfeiçoamento da formação* na área do abuso sexual.

h) Melhorar a formação na área (3)

P 5: *sinto algumas lacunas de informação e formação para identificar uma situação de abuso sexual em crianças, nomeadamente no que respeita a fatores comportamentais e cognitivo-comportamentais patentes em cada situação.*

P36: *No entanto, penso que podemos evoluir na área da formação, visto que apenas é feita uma pequena abordagem durante o curso de Enfermagem.*

P58: *Penso que existe forma de melhorar a formação nesta área.*

2.2.5 Formas de Atuação

A quinta e última categoria diz respeito a uma parte mais prática, isto é, à forma como os enfermeiros conduzem o processo relativo à criança/adolescente abusados sexualmente, quer o contacto tenha sido numa unidade hospitalar, ou noutro qualquer contexto. Desta forma, em resposta à questão “**5 - Pela sua experiencia, gostaria que me descrevesse como atuaria frente a uma criança ou adolescente vítima de abuso sexual?**” foi possível obter sete indicadores, nomeadamente: *proporcionar um ambiente calmo/privacidade; avaliação física; colher informação detalhada; estabelecer relação de confiança; encaminhar para entidade competente; envolvimento multiprofissional; dar tempo à pessoa para falar* (Figura 5).

Figura 5 – Esquema representativo dos indicadores para a categoria “Formas de Atuação”



a) Proporcionar um ambiente calmo/privacidade (11)

O proporcionar de um *ambiente calmo* numa primeira instância é tido como fundamental para alguns participantes, quando se encontram perante uma situação de abuso sexual. Promover a privacidade e confidencialidade são direitos a ter em conta, de igual forma.

P23: Proporcionar um ambiente calmo e reservado

P39: Dar tempo, privacidade.

P51: Para a entrevista há preocupação com a seleção de um espaço físico (ambiente consulta) confortável e que proporcione privacidade (evitar interrupções);

P59: Tentar providenciar o máximo de privacidade possível, para que a criança/adolescente, me possa contar/expressar o que sente, e o que preciso no momento.

P60: Proporcionar privacidade e garantir-lhe confidencialidade.

b) Avaliação física (5)

A *avaliação física* da criança/adolescente é igualmente necessária ainda num primeiro contacto.

P 7: Em termos físicos: avaliar e vigiar possíveis lesões.

P15: Prestaria cuidados de enfermagem perante danos físicos;

P42: Exame físico pormenorizado;

P51: avaliar o estado emocional e físico da criança -> no 1º contacto (situações já vem sinalizadas).

c) Colher informação detalhada (5)

Para alguns participantes, a *colheita de informação* de forma *detalhada* e atenta é fundamental, com destaque para a percepção de alguns sinais de alerta como expressões dos pais, comportamentos estranhos, mensagens não-verbais e expressões faciais.

P16: Alerta para alguns sinais de comportamentos estranhos. Escrever em notas de enfermagem,

P42: Colheita de informação o mais detalhada possível; Não dar banho à criança/adolescente; Proteger as roupas;

P51: Captar mensagens não verbais (observação do comportamento e interação com acompanhante);

P55: Atentar ao olhar de ambos, aos faciais, à expressão do olhar, à maneira de estar, de falar.

P70: Colheita de dados com atitude de escuta, não punitiva, e atenta ao comportamento, expressões dos pais/acompanhantes.

d) Estabelecer relação de confiança (31)

O *estabelecimento de uma relação de confiança* entre o profissional e a criança/adolescente e pais é descrito como uma importante etapa na condução de todo processo de abuso sexual para cerca de metade dos participantes. A existência desse tipo de relação irá ajudar na colheita de informação, assim como no suporte emocional à criança/adolescente, servindo de incentivo à expressão de sentimentos e à promoção de confiança e segurança para a resolução do problema.

P 5: estabelecer uma relação com a criança de modo a alcançar estratégias que permitissem exprimir-se.

P30: Escutar ativamente; Observação linguagem verbal e não verbal;

Demonstrar disponibilidade; Respeitar a individualidade; Não fazer juízos de valor;

P39: Estabelecer relação de confiança. Permitir verbalizar ocorrências/sentimentos, sem forçar essa comunicação...

P44: Permitir a abertura da criança para abordar o ocorrido.

Encontrar com ela as melhores estratégias para resolver a situação.

P55: Primeira abordagem não diferenciada em relação às outras crianças, mas falar num tom baixo de voz de forma a só o profissional, acompanhante e criança ouvirem.

P64: Procurava criar um clima de aceitação e compreensão. Fazer com que se sentisse em segurança e fosse capaz de expressar sentimentos - atendendo à idade. por exemplo, se for criança pode fazer desenhos, se for adolescente pode verbalizar. A abordagem depende também do sexo e, se for por exemplo uma adolescente do sexo feminino, na 1ª abordagem hospitalar, provavelmente na minha ação começaria por questionar se preferia falar com uma colega do sexo feminino.

P70: Atitude de ajuda e compreensão permitindo à criança a verbalização e expressão dos seus problemas/sentimentos/emoções.

e) Encaminhar para entidade competente (35)

O encaminhamento das situações de abuso sexual para instituições/entidades competentes – médicos, polícia, psicólogos, serviço social, linha de apoio à vítima, equipas específicas intra-hospitalares, Ministério Público, medicina legal, comissão de menores – é entendido como o curso natural do processo para uma parte significativa dos participantes (33). Aqueles profissionais são os que detêm mais experiência no assunto e que mais eficazmente, tendo em conta o máximo interesse da criança/adolescente conseguirão uma resolução do problema.

P2: encaminhar a situação para o núcleo hospitalar de apoio a crianças e jovens em risco (NHACJR) uma vez que é o organismo mais habilitado a lidar com estes problemas e que dão resposta ao nível do processo legal e ajudam a criança/adolescente e família.

P16: informar o médico da criança. Se tiver alguma equipa específica como "maus tratos", informar e perguntar qual a atuação mais correta a ter com a criança e com a família que a acompanha.

P22: chamaria apoio na área.

P33: Comunicar às autoridades responsáveis. Se fosse no hospital contactar a equipa que está responsável por este tipo de situações.

P43: Encaminhamento para hospital para poder ser avaliado pela medicina legal e realizada a denuncia à comissão de risco.

P69: Pedir à vítima para apresentar queixa nas autoridades competentes e dirigir-se a um hospital para ser observada por um médico / medicina legal.

P70: encaminhamento para equipa específica.

f) Envolvimento multiprofissional (16)

O *envolvimento da equipa multidisciplinar* é percebido como necessário para a maioria dos participantes, muitas vezes para se assegurarem do diagnóstico correto, mas sobretudo porque, sendo uma situação grave, necessita ser encaminhada para profissionais e/ou equipas específicas.

P 5: informaria as chefias e equipa multidisciplinar

P 8: Em contexto profissional e por nunca ter tido contato com uma situação nova, possivelmente tentaria envolver outros elementos da equipa multiprofissional que trabalha comigo (equipa médica/psicóloga), assim como procuraria recorrer a outros profissionais de saúde, que em contexto hospitalar sabem identificar e atuar perante essa situação.

P24: Comunicar aos outros grupos de profissionais para ter certeza do diagnóstico. Com psicólogos, assistentes sociais para estudo do envolvimento familiar.

P40: Contacto com os restantes elementos da equipa multidisciplinar (médico, enfermeiro, psicólogo,

P55: Encaminhamento para sala de espera e/ou gabinete a aguardar equipa da área e/ou pediatra mais velho de serviço ou pediatra de referência ou assistente social de referência.

P70: Encaminhamento para equipa multidisciplinar.

g) Dar tempo à pessoa para falar (16)

Durante o processo de estabelecimento de uma relação de confiança, o *dar tempo suficiente à pessoa para falar* é entendida como uma estratégia muito eficaz para ajudar a criança/adolescente a exprimir sentimentos e a contar a sua história de abuso sexual com mais facilidade.

P 4: Se a criança falar, deixar que ela descreva a situação e falar quando ela se sentir à vontade para o fazer.

P14: Abordaria a criança no sentido de ela falar sobre o assunto, se assim se sentisse melhor

P29: Tentaria dar liberdade para que ele me falasse livremente de acordo com a sua vontade, mostrando disponibilidade e não julgando.

P51: Dirigir questões diretamente à criança (respeitar pausas e silêncios);

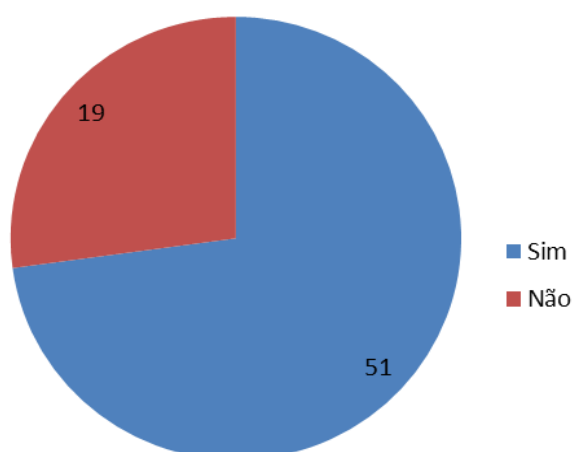
P52: Não forçava a criança/adolescente a falar

P67: falaria com a mesma, caso ela estivesse receptiva a conversar. Durante a abordagem tentaria respeitar o espaço da criança/adolescente dando-lhe tempo e oportunidade de falar sobre o que quisesse durante o tempo que quisesse.

O questionário qualitativo além das cinco questões de resposta aberta é constituído também por uma sexta, de resposta fechada, correspondente ao Gráfico 1. Assim, em resposta à pergunta “Já contactou profissionalmente com crianças vítimas de abuso sexual?”, a maioria dos enfermeiros (51 – 73%) respondeu que já tinha contactado com vítimas de abuso sexual, ao passo que 19 enfermeiros (27%) responderam negativamente à questão.

A segunda parte do trabalho, corresponde aos resultados do questionário II referente às respostas tipo Likert das opiniões dos enfermeiros relativamente ao abuso sexual através da Escala ECAS.

Gráfico 1 – Número de profissionais que já contactou com crianças vítimas de abuso sexual



Assim, ao analisar os resultados do questionário fechado, verificamos através do Gráfico 2, que a grande maioria dos enfermeiros (71,4%) discorda da afirmação “1. É muito raro uma criança/adolescente ser abusada sexualmente.”, sendo que apenas 17,2% discorda totalmente. Ainda assim, 11,4% dos enfermeiros concordam que esta é uma prática pouco frequente. Não há nenhum enfermeiro que concorde totalmente com a afirmação nem que fique em dúvida se concorda ou discorda.

Relativamente à afirmação “2. Só as raparigas é que são vítimas de abuso sexual” verifica-se que a maioria dos enfermeiros (85,8%) discorda totalmente. 11,4% apenas discorda da afirmação, sendo que uma 1,4% não sabe se concorda ou discorda e também 1,4% dos enfermeiros concorda totalmente com a mesma.

Quanto à afirmação “3. As pessoas que abusam sexualmente de crianças/ adolescentes são quase sempre desconhecidos.” quase a totalidade dos enfermeiros (90,0%) discordam ou discordam totalmente com a mesma, sendo que apenas 2,9% não sabem se concordam nem discordam, 4,2% apenas concorda com a afirmação e os restantes 2,9% concordam totalmente.

Da análise à afirmação “4. A maioria das queixas de abuso sexual são fantasias das crianças/adolescentes.” pode observar-se que todos os participante discordam ou discordam totalmente, ou seja, para os enfermeiros, as queixas de abuso sexual por parte das crianças e/ou adolescentes nunca são fantasias dos mesmos.

Relativamente à afirmação “5. Os abusadores são pessoas que parecem diferentes de pessoas normais.”, a maioria dos enfermeiros (84,3%) discordam ou discordam totalmente com a mesma, sendo que apenas 5,7% não sabem se concordam nem discordam e 10,0% apenas concorda com a afirmação.

Relativamente à afirmação “6. As crianças podem provocar o abuso, pelo seu comportamento sedutor” 40,0% dos enfermeiros discorda totalmente e 38,6% apenas discorda da afirmação. 2,9% não sabem se concordam nem discordam, 17,2% apenas concorda com a afirmação e os restantes 1,4% concordam totalmente da mesma.

Perante a afirmação “7. Só se pode falar de abuso quando há violência.” confirma-se que a totalidade dos enfermeiros discorda da afirmação, sendo que 80,0% discorda totalmente.

Analisando agora a frase “8. A maioria das queixas de abuso sexual são inventadas pelas mães (p. ex. nos processos de divórcio).” pode observar-se que 12,9% dos enfermeiros concorda com a afirmação, sendo que a maioria (84,2%) discorda ou discorda totalmente e apenas 2.9% não sabe se concorda ou discorda com a afirmação.

Da afirmação “9. Se uma rapariga, já foi abusada antes, então é natural que os outros homens também abusem dela.” as opiniões dividem-se por todas as categorias de resposta. 74,2% dos enfermeiros discordam ou discordam totalmente, 4,3% não concordam nem discordam da afirmação, 15,8% concorda e os restantes 5,7% concorda totalmente.

Pode constatar-se que apenas uma pequena percentagem de enfermeiros (1,4%) concorda com a afirmação “10. Alguém abusa sexualmente de uma criança/ adolescente, é porque não consegue arranjar parceiros adultos.”, sendo que 75,7% discordam totalmente e 22,9% discorda da afirmação.

Perante a afirmação “11. Se a criança/adolescente só se queixa do abuso muito mais tarde, então ele provavelmente não existiu.” confirma-se que a totalidade dos enfermeiros discorda da afirmação, sendo que 80,0% discorda totalmente.

Quando questionados sobre “12. As adolescentes levam os homens mais velhos a abusar delas.” pôde verificar-se que nenhum participante concorda totalmente, sendo que 11,4% concorda, 5,7% não concorda nem discorda, 37,2% discorda e 45,7% discorda totalmente da afirmação.

Relativamente à afirmação “13. Só com crianças pequenas é que se pode falar de abuso. Se um(a) adolescente se envolve com alguém mais velho, a culpa é sua.”, pode-se observar do gráfico que uma pequena percentagem de enfermeiros (2,9%) concorda com a afirmação. 1,4% não concorda nem discorda, sendo que a grande maioria discorda totalmente ou discorda com a frase, (54,3% e 41,4% respetivamente).

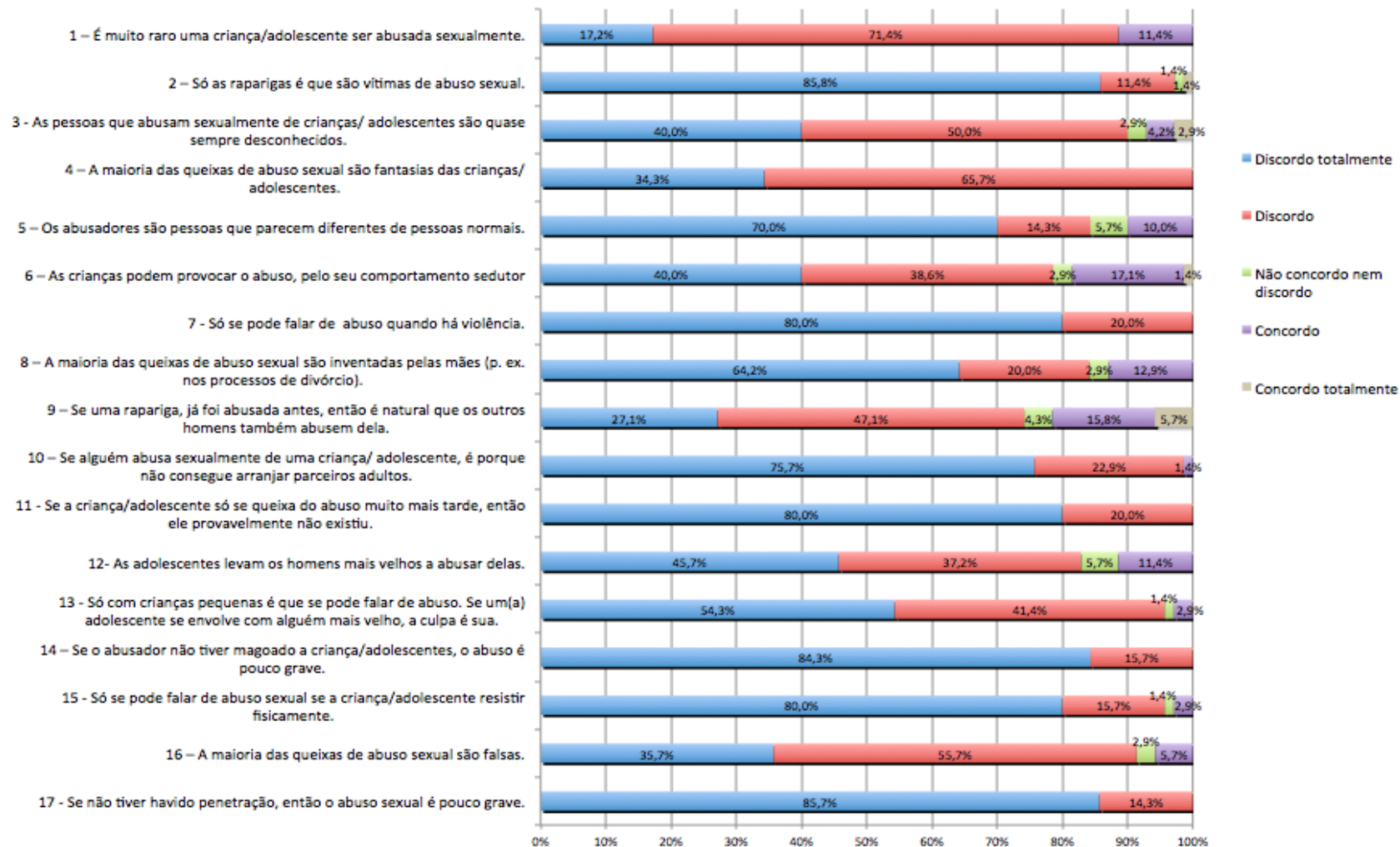
Da afirmação “14. Se o abusador não tiver magoado a criança/adolescentes, o abuso é pouco grave.” observa-se que a totalidade dos enfermeiros discorda da afirmação, sendo que 84,3% discorda totalmente.

Analisando agora a frase “15. Só se pode falar de abuso sexual se a criança/adolescente resistir fisicamente.” pode observar-se que apenas 2,9% dos enfermeiros concorda com a afirmação, 1,4% não concorda nem discorda e 15,7% discorda, sendo que a maioria (80,0%) discorda totalmente.

Da afirmação “16. A maioria das queixas de abuso sexual são falsas.” as opiniões dividem-se por todas as categorias de resposta. 91,4% dos enfermeiros discordam ou discordam totalmente, ao passo que apenas 2,9% não concorda nem discorda e 5,7% concorda com a afirmação.

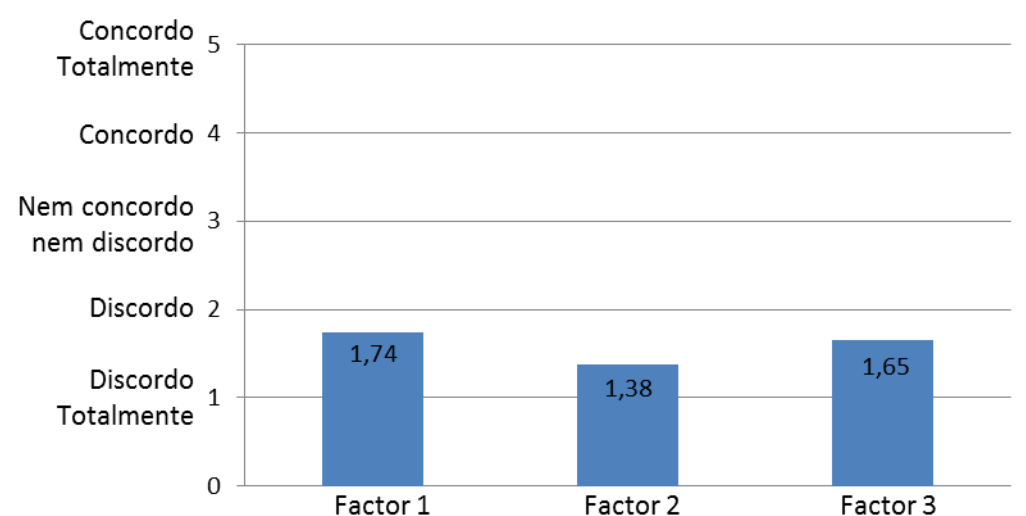
Por último, quando questionados se “17. Se não tiver havido penetração, então o abuso sexual é pouco grave..” observa-se que a totalidade dos enfermeiros discorda da afirmação, sendo que 85,7% discorda totalmente.

Gráfico 2 – Estatísticas descritivas das opiniões dos enfermeiros relativamente ao abuso sexual de crianças e adolescentes (ECAS).



Quanto às médias dos factores da Escala de crenças em relação ao abuso sexual, pode observar-se no Gráfico 3 que, no geral, os enfermeiros discordaram das afirmações colocadas, sendo que para o factor 1 (Legitimação do abuso pela sedução infantil) a média é de 1,74, quanto ao factor 2 (Legitimação do abuso pela ausência de violência) é de 1,38 e por fim, o factor 3 (Legitimação do abuso pela normalidade do ofensor) é de 1,65.

Gráfico 3 - Médias dos factores da Escala de crenças em relação ao abuso sexual (ECAS)



2.3 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Da análise descritiva dos resultados obtidos na ECAS registou-se que os enfermeiros apresentam, surpreendentemente, valores pouco admissíveis relativamente à legitimação do abuso sexual em crianças e adolescentes, embora declarem muitas vezes uma tendência de respostas discordantes em relação aos itens que compõem a escala exposta nos 3 fatores de legitimação.

De uma forma geral, os enfermeiros são unânimes nas suas crenças relativamente a este fenómeno. Mas, a semelhança nos resultados em relação à limitada legitimação do abuso sexual de crianças e adolescentes poder-se-á atribuir ao facto destes enfermeiros não serem detentores de formação/informação e sensibilização relativamente a este assunto ou pela carente experiência profissional.

Os dados obtidos através do questionário de resposta fechada vieram complementar, reforçar e esclarecer os resultados obtidos no primeiro questionário (perguntas abertas) relativamente à percepção dos enfermeiros perante o diagnóstico de abuso sexual em crianças e adolescentes.

Ainda se verifica a existência de crenças negativas em relação ao abuso sexual, realçando-se as opiniões dos enfermeiros que ainda admitem ser muito raro uma criança/adolescente ser abusada sexualmente (11,4%), contrariando a opinião da literatura que revelam que o abuso sexual “não é um fenómeno raro” (Silva, 2010^a p. 9).

É surpreendente, os relatos desajustados de alguns enfermeiros (2,9%) que reconhecem o abuso apenas em crianças pequenas, se o envolvimento for com um adolescente, então a culpa é dele, levando os agressores a perpetrar o abuso (11,4%). Também a ideia de que se alguém abusa de uma criança ou adolescente é porque não consegue arranjar parceiros adultos (1,4%). Estas descrições são desajustadas da literatura hipoteticamente por falta de experiência mas essencialmente pela falta de formação/informação.

É de salientar ainda, a percentagem elevada, que na opinião dos enfermeiros as crianças podem provocar o abuso pelo seu comportamento sedutor (17,2% concorda e 1,4% concorda totalmente), desresponsabilizando o abusador e contribuindo para fomentar a culpabilidade da criança. Existem situações em que a criança que já foi abusada, lamentavelmente, continua a ser a mais procurada. Os enfermeiros detentores destes discursos (15,8%), pelos diferentes níveis de sensibilização, poderão eventualmente possuir um perfil masculino. Fazenda (2010), no seu estudo, considera que os profissionais do sexo feminino que lidam com esta problemática têm crenças, atitudes e reações emocionais consideravelmente mais prosociais relativamente ao abuso sexual de crianças e adolescentes do que os profissionais masculinos.

Contudo, os resultados obtidos vieram contrariar os resultados referidos por Fazenda (2010), na medida em que sou houve a participação de apenas 4 enfermeiros (género masculino) (2,8%) neste estudo, comprovando assim, que as crenças são maioritariamente femininas (97,2%).

Na análise realizada, constatou-se que muitos enfermeiros detêm falsas crenças acerca do abuso sexual em crianças e adolescentes, mas em contrapartida apresentam relatos assertivos ao discordar das questões como: queixas de abuso sexual serem fantasia das crianças e adolescentes, ser considerado o abuso sexual só quando executado com violência e relatos tardios negarem o abuso.

Estes resultados demonstram ser sobreponíveis à literatura e aos estudos existentes. Segundo alguns autores (Saffioti, 1989 cit. por Fávero, 2003), as ameaças por parte do agressor aliadas ao medo da estigmatização, conjugadas com o receio por parte da vítima de ser sujeita a várias avaliações e depoimentos, são alguns dos motivos explicativos da ausência de denúncias.

Alguns enfermeiros consideram que os relatos das crianças são confiáveis, não se deixando por isso influenciar pelos relatos das mães ao acreditarem que o abuso sexual da criança ou do adolescente pode ser inventado por elas (12,9%), no entanto há uma percentagem (2,9%) que considera falsas a maioria das queixas contrariando as opiniões que referiram anteriormente. Contudo todos os enfermeiros conseguiram ter a percepção de que para se considerar abuso sexual não é necessário haver penetração assim como o facto de não “magoar” a criança não deixa de ter a mesma gravidade.

Da análise interpretativa dos resultados deste primeiro questionário, veio a constatar-se que, no que concerne ao conceito de abuso sexual em crianças e adolescentes, as respostas de um número considerável de enfermeiros são pouco satisfatórias.

Verifica-se que, para alguns enfermeiros (12/70), o abuso sexual é ainda uma prática de abuso físico que deixa sinais e sintomas visíveis facilmente identificáveis. Atualmente, sabe-se que o abuso sexual vai para além do abuso físico, compreendendo também a utilização da criança em sessões de fotografias ou filmes pornográficos, leituras e conversas obscenas (Machado, 2002; Canha, 2003; Magalhães, 2010), mas estas práticas foram mencionadas por poucos enfermeiros (9/70). O abuso sexual inclui ainda práticas de índole exibicionista e voyeurista que foram referidas apenas por 3 enfermeiros que consideram o abuso sexual como um comportamento desadequado.

Um outro aspeto não menos importante é o facto de alguns dos enfermeiros (10/70) referir-se ao perpetrador como sendo uma pessoa adulta, indo contra a literatura que enfatiza que o abuso sexual “...visa a gratificação sexual de um adulto ou de uma pessoa mais velha ...” (Canha, 2003 p.34), “...aquelas práticas perpetradas por um adolescente ou criança com idade superior à da vítima” (Magalhães, 2010) são consideradas como abuso sexual de menores que deve ser investigado e devidamente encaminhado a entidades competentes.

O cuidar de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual faz emergir nos enfermeiros uma gama de sentimentos e emoções que se manifestam nos seus relatos.

O sentimento de revolta é o mais assinalado (54/70) pelos profissionais de enfermagem, resultado que é espectável e congruente com a literatura. Furniss (1993) revela que este

sentimento pode resultar em “atitudes intempestivas de julgamento e punição da família, por não ter protegido a criança ou por ter perpetrado o abuso sexual.

O sentimento de revolta associado ao de repulsa pelo abusador é vivenciado muito intensamente, o que se verifica pela descrição dos relatos como “ vontade de fazer justiça pelas próprias mãos”. Esta forma de se exprimir é concordante com alguns autores que também referem que o abusador deve sofrer da mesma forma que fez a criança sofrer (Woiski & Rocha, 2010).

Subsistem outros sentimentos consistentes como o de frustração, muitas vezes devido à sua incapacidade em se confrontar com situações de abuso sexual, principalmente de origem intrafamiliar e pelo facto de muitas vezes a criança ou o adolescente vitimizado regressar ao meio com a presença do abusador.

O sentimento de frustração poderá eventualmente ser devido à falta de experiencia em cuidar destas crianças e à dificuldade em lidar com os seus próprios sentimentos nomeadamente o seu estado emocional ou a vinculação a tabus e preconceitos, bem como a atitudes de fuga perante situações geradoras de stress como esta (Coco et al, 2010).

A tristeza e a compaixão são também sentimentos relatados pelos enfermeiros deste estudo (26/70). Eles interiorizam a “dor” da criança intensa e profundamente, como a sua própria dor, o que poderá conduzir a consequências não desejáveis a nível profissional, principalmente se não tiverem uma capacidade de resiliência eficaz.

No que concerne ao tipo de abuso sexual mais frequente, os enfermeiros revelam ser o intrafamiliar (63/70). Estes resultados são concordantes com os da literatura que alude que a grande parte dos abusadores são conhecidos das vítimas ou alguém próximo delas. Desta forma estes resultados são coincidentes com as crenças dos enfermeiros ao referirem discordância a 90,0% na questão “as pessoas que abusam sexualmente de crianças e adolescentes são quase sempre desconhecidos”.

Wolfe e Birt (1997 cit. por Machado, 2002 p. 45) revelam que embora “exista o estereótipo sobre a perigosidade dos estranhos, em termos genéricos, poder-se-á dizer que 10 a 30% das vítimas são abusadas por desconhecidos, aproximadamente 40% são-no por pessoas conhecidas ou muito próximas e o restante 30 a 50% sê-lo-ão por elementos da família”.

Corroborando com estes autores, outros (Braun, 2002; Habigzang & Koller, 2012; Ávila et al., 2012) referem que os casos de abuso sexual são geralmente relações incestuosas, em que o pai biológico ou o padrasto são os principais perpetradores.

Todavia, ainda é referido por alguns enfermeiros (3/70) que o abuso sexual é mais frequente na esfera extra-familiar, resultados coincidentes com as crenças dos mesmos, numa percentagem de 2,9%. Nesta perspetiva há ainda enfermeiros que não têm uma opinião formada, o que vem confirmar a dificuldade na perceção do fenómeno em estudo.

Relativamente ao sexo mais prevalente da vítima de abuso sexual, os resultados (50/70) são concordantes com a maioria dos autores que referem haver um franco predomínio do sexo feminino. Estes resultados são também confirmados com as crenças dos enfermeiros, em que 85,8% discorda da opinião que só as raparigas é que são vítimas de abuso sexual.

A este respeito Furniss (1993) relembra que a “maioria das vítimas é do sexo feminino enquanto a maioria dos agressores são do sexo masculino, destacando o papel fundamental da educação e da construção de identidade do género ou seja, o contributo de fatores culturais”.

Os resultados destacam ainda, que para alguns enfermeiros (10/70) não há alteração na prevalência do sexo, ou seja as vítimas de abuso sexual são de igual forma masculinas e femininas. Esta opinião vem reforçar a de vários autores ao “chamar a atenção para a incidência do abuso sexual em ambos os sexos e para o seu aumento no sexo masculino, nos últimos anos” (Canha, 2003).

Contudo, verifica-se que dez enfermeiros são da opinião que é o sexo masculino o mais prevalente contrariando qualquer opinião descrita na literatura, o que vem explicitar a pequena percentagem (1,4%) obtida pelas crenças dos enfermeiros. Contudo, esta questão ainda se reveste de algumas dúvidas, 1,4% dos enfermeiros não têm uma opinião formada, pela forma como referem que não concordam nem discordam.

A análise efetuada permitiu concluir que, relativamente à informação/formação os enfermeiros sentem dificuldades na identificação de situações de abuso sexual. Contudo, existem diferenças significativas nos seus relatos.

Alguns enfermeiros (17/70) referem ter adquirido alguma formação nesta área durante a frequência da licenciatura, pós-graduação ou especialização, enquanto outros (8/70) recorreram, por sua iniciativa, por curiosidade ou por necessidade de esclarecimentos perante dificuldades sentidas na sua prática profissional, a leituras alusivas ao tema, à pesquisa informática e a ações de formação. Um número significativo de enfermeiros (26/70) refere que a formação/informação que possui advém de alguma experiência profissional que favoreceu a aquisição de competências relacionadas com a forma de atuar perante estas situações. Também a partilha de informação entre os profissionais implicados, forma de experiência enriquecedora a nível de competências foi importante

para atualizar e aprofundar conhecimentos, embora nem todos os enfermeiros a tivessem vivenciado. Em contrapartida também o mesmo número de enfermeiros (26/70) refere que nunca teve formação específica nesta área, o que dificulta o reconhecimento e a identificação de uma situação de suspeita ou de abuso sexual de crianças e adolescentes, não lhes permitindo atuar da forma mais correta, o que poderá ser considerado uma omissão por negligência, do ponto de vista ético.

Os enfermeiros têm plena consciência das lacunas existentes nesta área específica do abuso sexual de crianças e adolescentes, e referem vontade de adquirir mais formação/informação para identificação de situações desta natureza e intervenção integrada em equipas multidisciplinares.

Quanto à forma de intervir, parte dos enfermeiros (31/70) foi concordante nas suas opiniões ao referir o estabelecimento de uma relação de confiança como uma etapa importante na condução de todo o processo de suspeita ou confirmação de abuso sexual de crianças e adolescentes. Os enfermeiros relatam frequentemente a importância de permitir que a criança ou o adolescente verbalize a ocorrência e expresse os seus sentimentos sem ser forçada a comunicação e sem fazer juízos de valor. Estas opiniões são concordantes com vários autores que determinam que estabelecer uma relação de confiança entre o profissional e a criança ou o adolescente é determinante para a continuidade dos cuidados (Furniss, 1993).

Alguns enfermeiros (11/70) realçam a importância de providenciar um ambiente calmo e promover a privacidade a estas crianças garantindo-lhe a confidencialidade. Esta forma de intervir está intimamente relacionada com a questão anterior, pois só se consegue estabelecer uma relação de confiança entre o profissional e a criança ou o adolescente em ambiente calmo assegurando a confidencialidade.

No estudo, os enfermeiros deram pouco ênfase à colheita de informação bem como à avaliação física dos sinais e sintomas durante o acolhimento. Apesar de preconizado pela DGS que a intervenção dos profissionais de saúde deva ter como objetivos prioritários proteger a criança, intervir no risco de forma a prevenir a evolução do perigo e evitar a recorrência (DGS, 2011).

Alguns autores (Silva et al., 2011) referem que as intervenções de enfermagem ainda estão muito focadas no “tratamento” dos danos gerados pela gravidade da situação, o que não é confirmado pelos relatos destes enfermeiros.

Da análise realizada verificou-se que metade dos enfermeiros (35/70) participantes referem proceder ao encaminhamento destas crianças e adolescentes para a equipa multidisciplinar mais competente nesta área específica de forma a garantir um

diagnóstico mais fidedigno, bem como, dar resposta ao nível do processo legal com intuito de ajudar a criança/adolescente e suas famílias.

Os relatos dos enfermeiros são pouco congruentes com resposta à pergunta “Já contactou profissionalmente com crianças vítimas de abuso sexual?”. A maioria dos enfermeiros (51 – 73%) respondeu que já tinha contactado com vítimas de abuso sexual, ao passo que 19 enfermeiros (27%) responderam negativamente à questão. O que se depreende que apesar da experiência profissional a percepção relativamente ao diagnóstico de abuso sexual é incompleta.

CONCLUSÃO

A problemática do abuso sexual de crianças e adolescentes emergiu nos últimos anos, “rompendo” o silêncio social (Lopes, 1995 cit. por Fazenda, 2010), adquirindo uma crescente visibilidade e provocando simultaneamente um aumento de reprovação e de preocupação com o fenómeno.

Muitas teorias têm emergido para a compreensão da complexidade e dinâmica que envolve o fenómeno do abuso sexual de crianças e adolescentes, sendo um denominador comum a importância crucial dos intervenientes mais diretos nestas situações.

O enfermeiro é um dos profissionais em posição privilegiada relativamente à proteção da criança e um interveniente determinante nesta problemática, desta forma, o presente estudo qualitativo e quantitativo procurou explorar a percepção e valoração dos profissionais de enfermagem do Hospital Pediátrico de Coimbra Dr. Carmona Mota perante a criança e o adolescente vítimas de abuso sexual.

O presente estudo abordou sucintamente os aspetos centrais do fenómeno e da sua problemática e a intervenção do profissional de enfermagem em situações de abuso sexual em crianças e adolescentes, realçando alguns aspetos ético-legais.

O elevado predomínio do sexo feminino dos participantes (apenas 5,7% eram do sexo masculino) poderá ter influenciado alguns resultados e o facto de se ter recorrido a uma amostragem não probabilística acidental, não garante que a amostra do estudo seja representativa da população de enfermeiros do H.P.C. Contudo, procurou-se a melhor representatividade possível ao envolver profissionais de vários serviços.

Procurou-se identificar as crenças dos enfermeiros relativamente ao diagnóstico de abuso sexual, mais susceptíveis de serem legitimados. Observou-se uma tendência para discordar das afirmações apresentadas, o que se traduz em valores legitimadores do abuso sexual. Estes resultados seriam já esperados tendo em conta a natureza da profissão. Contudo, contrariando toda a literatura, ainda são prevalentes crenças de pouca legitimação do abuso por parte dos profissionais, nomeadamente, o facto de 11,4% considerarem ser muito raro uma criança ou adolescente ser abusada sexualmente. Também 17,2% dos participantes ao admitirem que a criança pode provocar o abuso através de comportamento sedutor, ou de 15,8% considerarem que se

uma rapariga já foi abusada antes é natural que o seja novamente, ou reconhecerem que o abuso só acontece com crianças pequenas, se adolescentes a culpa é destes (11,4%), constituem crenças inaceitáveis. São surpreendentes os resultados desajustados, mas em contrapartida é de salientar os relatos assertivos, ao discordarem de questões como: queixas de abuso sexual serem fantasias das crianças e adolescentes, ser considerado o abuso sexual só quando executado com violência, negarem o abuso relatos tardios e inexistência de penetração

As crenças referidas, intrínsecas ao indivíduo, a par do sofrimento do enfermeiro perante a criança vítima de violência, devem ser realçadas pois assumem extrema relevância na dimensão ética do prestador de cuidados. Podem influenciar negativamente a atuação do profissional, impedindo uma relação de empatia, essencial nos cuidados à vítima de abuso sexual. Sem este vínculo, a criança ou adolescente não sentirá segurança para procurar ajuda, retardando a identificação e o tratamento precoces desta situação.

No que concerne ao significado atribuído, constatou-se que os enfermeiros apresentam um conceito redutor de abuso sexual, focando-se essencialmente nos aspetos de caráter íntimo que possam ocasionar consequências físicas, psicológicas ou morais, descurando as práticas de índole voyeurista, exibicionista bem como sessões de fotografias ou filmes pornográficos ou conversas obscenas, conforme enfatiza a literatura (Machado, 2002; Canha, 2003; Magalhães, 2010).

O estudo mostrou que alguns dos enfermeiros reconhecem que o abuso sexual é um comportamento inadequado por parte de um adulto, em que este utiliza a manipulação como forma de atingir prazer sexual, contrariando dados da literatura que revelam que o abusador pode ser do género masculino ou feminino desde com idade superior à da vítima (Canha, 2003; Magalhães, 2010).

Relativamente à prevalência do tipo de abuso e do sexo, os dados obtidos mostram haver uma conformidade entre os enfermeiros ao reconhecerem o abuso sexual intrafamiliar (63/70) e o género feminino (50/70) como os mais prevalentes, ratificando a literatura existente. Mesmo assim, houve algumas opiniões no sentido de acreditar ser o abuso extrafamiliar o mais prevalente.

O sofrimento do enfermeiro ao vislumbrar o futuro da criança vítima de violência foi outro destaque do estudo e de grande relevância na sua dimensão ética na perspetiva do prestador de cuidados. Estes profissionais, apesar de relatarem sentimentos de revolta, repulsa, frustração, tristeza e angústia, e revelarem dificuldade em intervir em situações de abuso sexual, continuam a enfrentar esta realidade. Acredita-se que isso se deva em parte ao desenvolvimento da resiliência que se caracteriza pela capacidade do ser

humano responder às contestações da vida quotidiana de forma positiva, apesar das adversidades.

Os resultados do estudo revelaram que os enfermeiros não se sentem preparados no reconhecimento de uma eventual situação de suspeita ou de abuso sexual. Sentem-se pouco confiantes em relação às intervenções que devem adotar para confirmar e encaminhar estes casos.

Apesar da inadequada formação, os enfermeiros enfatizaram a sua preocupação na forma de acolher, escutar e atender as crianças vítimas de abuso sexual, dependendo da sua experiência a capacidade para criar uma relação de ajuda ancorada num clima de empatia e confiança.

Quanto ao tipo de entidade a quem referenciam os casos de abuso sexual, verificou-se que metade dos enfermeiros participantes referem proceder ao encaminhamento destas crianças e adolescentes para a equipa multidisciplinar mais competente nesta área. Desta forma pretendem garantir um diagnóstico mais fidedigno e a orientação do processo legal com intuito de ajudar a criança/adolescente e suas famílias.

O abuso sexual pode acontecer de forma repetida, durante anos, se não for revelado ou suscitado, com significantes consequências na vítima. Assim, o diagnóstico precoce assume particular importância. Falhar no seu reconhecimento contribui para a sua continuidade, com grave dano para a criança.

Desta forma, e tendo por base o testemunho de profissionais que lidam com estas situações, torna-se imperioso investir na formação e na sensibilização nesta área específica, não só dos profissionais de saúde mas também da sociedade em geral.

Particularizando para os enfermeiros, e tendo em consideração o papel ativo que devem desempenhar, a formação nesta área deveria ter início no decurso da licenciatura, abordando o tema relativamente ao conceito, ao reconhecimento de sinais, sintomas, ao enquadramento legal, a atitudes orientadoras, nomeadamente quanto à preservação de vestígios.

Durante a construção do referencial teórico, foi encontrada ampla literatura, porém com rara participação de enfermeiros na publicação de artigos e livros ou documentações. Deseja-se despertar e sensibilizar esses profissionais no que tange à necessidade de mobilização contra esse fenómeno, não apenas no acolhimento e na perspectiva do que é possível fazer no campo da assistência à saúde, mas na construção do conhecimento a respeito do tema e na prevenção da violência que é cometida contra crianças e adolescentes sujeitos de maus-tratos.

O facto de se abordar o tema numa perspectiva preventiva, além de aumentar as probabilidades de identificação de casos, pode inclusivamente diminuir o medo da vítima em pedir ajuda, auxiliando a por um ponto final neste flagelo.

Conclui-se pela constatação surpreendente de algumas falsas crenças e pela deficitária percepção e valoração dos enfermeiros do diagnóstico de abuso sexual em crianças e adolescentes. São reconhecidas pelos inquiridos dificuldades no reconhecimento e orientação destes casos pela falta de formação e de condições para atuação. É premente a formação dos profissionais, a divulgação de protocolos de atuação com definição de linhas de condutas orientadoras, campanhas de sensibilização e apoio aos profissionais, para uma atuação futura mais eficaz.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alberto, I. M. M. (2000). As consequências do abuso sexual infantil: Contributo dos estudos longitudinais. *Psychologica*, 24, pp. 119-127.
- Alberto, I. M. M. (2006). *Maltrato e trauma na infância*. Coimbra: Almedina.
- Almeida, A. (2003) – *Abuso Sexual de Crianças: crenças sociais e discursos da Psicologia*. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Justiça. Universidade do Minho, Braga.
- Amazarray, M. R.& Koller, S. H. (1998). Alguns aspectos observados no desenvolvimento de crianças vítimas de abuso sexual. *Revista de Psicologia, Reflexão e Crítica* 11 (3) pp. 546-555.
- Antunes, C. M. (2010). *Abuso sexual na infância e adolescência: Uma leitura narrativa do impacto e dos processos conducentes à resiliência*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia da Justiça - Universidade do Minho, Braga.
- Avila, J. A.; Oliveira, A.M.N.; Silva, P.A. (2012). Conhecimento dos enfermeiros frente ao abuso sexual. *Open Journal Systems*, 30 (2) pp. 47-55.
- Borges, A., Manso, D., Tome, G. & Matos, M. (2008). Ansiedade e *coping* em crianças e adolescentes: diferenças relacionadas com a idade e género. *Análise Psicológica*, 4 (26) pp. 551-561.
- Barros, D. & Sani, A. I. (2010). Coping e resiliência em crianças vítimas de abuso sexual. Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia, Universidade do Minho, Portugal.
- Braun, S. (2002). *A violência sexual infantil na família: do silêncio à revelação do segredo*. Porto Alegre: Age.
- Calabui, G. (2004). *Medicina Legal e Toxicologia*. Barcelona: Masson.
- Canha, J. (2003). *Criança maltratada. O papel de referência na sua recuperação. Estudo prospectivo de 5 anos*. Coimbra: Quarteto. 2ª ed.

- Carmo, R.; Alberto, I; Guerra, P. (2006). *O abuso sexual de menores: uma conversa sobre justiça entre o direito e a psicologia*. Coimbra: Almedina. 2ª ed.
- Cocco, M.; Silva, E.B.; Jahn, A.C. (2010). Abordagem dos profissionais de saúde em instituições hospitalares a crianças e adolescentes vítimas de violência. [em linha] Disponível em <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i3.7939> [Consult. em 23 mar. 2014].
- Carvalho, F. D. S. (2005). *Abuso Sexual Infanto-Juvenil: implicações na personalidade da vítima*. Monografia. Centro Universitário de Brasília – UniCEUB.
- Faculdade de Ciências da Saúde., Brasil [em linha] Disponível em <http://repositorio.uniceub.br/bitstream/123456789/2742/2/20109769.pdf> [Consult. em 22 de Abr. 2013].
- Cordeiro, M. (2003). *Venha conhecer o lobo mau...* Lisboa: Óptima Topográfica.
- Costa, V. (2009) - *Violência sexual intrafamiliar contra crianças*. Curso de Psicologia Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma, Brasil. [em linha] Disponível em <http://www.bib.unesc.net/biblioteca/sumario/000041/000041CB.pdf> [Consult. em 29 de junho de 2013].
- Costa, R.S., Lima, L.S.; Martins, E.R.S. (2013). A enfermagem frente à violência infantil em uma unidade pediátrica. *Revista saúde, Corpo, ambiente e cuidado* Jan./Mar. 1(1), pp. 202-213.
- Cunha, L. (2000). Abuso sexual de menores. *Polícia Portuguesa*, 126, pp. 2-9.
- Cruz, M. C. (2006). *Menores em risco/Perigo uma responsabilidade colectiva*. Lisboa. [em linha]. Disponível em WWW:URL: http://www.multiculturas.com/textos/menores_risco_Conceicao-Cruz.pdf [Consult. em 14 de Mar. 2013].
- Dell’Aglío, D. D.; & Hutz, C. S. (2002). Estratégias de coping de crianças e adolescents em eventos stressantes com pares e com adultos. *Psicologia USP*, 13 (2), pp. 203-225.
- Dias, C. (2012) – *Uma pergunta ao sistema penal: e os direitos das crianças vítimas de crimes sexuais?* Dissertação de Mestrado em direito – Escola de Direito da Universidade Católica Portuguesa [em linha] Disponível em <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/11413/1/Tese%20Completa%20Final.pdf> [Consult. 24 de jan. 2014].

- Direcção-Geral da Saúde (2011). Maus tratos em crianças e jovens. Guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção. [em linha] Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i016079.pdf>. [Consult. 30 jan. 2014].
- Fazenda, I.M. (2010). *Representações Sociais em torno do Abuso Sexual de Crianças numa amostra de Médicos e Enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários*. Dissertação de mestrado em Psiquiatria Cultural. Universidade de Coimbra. Coimbra.
- Fávero, M. F. (2003) – *Sexualidade Infantil e Abusos sexuais a menores*. Lisboa: Ed. Climepsi.
- Ferrari, D. C. A. & Vecina, T. C. C. (2002). *O fim do silêncio na violência familiar*. São Paulo: Ágora.
- Ferreira, A. L. (2002) – *O atendimento a crianças vítimas de abuso sexual: avaliação de um serviço público*. Dissertação Doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz [em linha]. Disponível em <http://www.teses.iciet.fiocruz.br/pdf/ferreiraald.pdf> [Consult. Em 16 de Mar. 2013].
- Fergusson, D. & Mullen, P. (1999) *Childhood sexual abuse: An evidence based perspective*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Fürniss, T. (1993). *Abuso Sexual da Criança. Uma abordagem multidisciplinar*. Porto Alegre: Artes médicas.
- Gabel, M. (1997). *Crianças vítimas de abuso sexual*. São Paulo: Summus. 2ª ed.
- Gomes, A. (2010). Enfermagem Forense: Que Realidade? Fórum Enfermagem. [em linha] Disponível em http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&view=article&id=3553:enfermagem-forense-que-realidade&catid=214 [Consult. 17 de Junho de 2014].
- Gonçalves, S. I. F. (2011). *Vivências dos enfermeiros na manutenção de provas forenses no serviço de emergência*. Dissertação de mestrado em Medicina Legal - Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Habigzang, L. & Caminha, R. (2004). *Abuso sexual contra crianças e adolescentes: Conceituação e intervenção clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Habigzang, L. (2006). *Avaliação e intervenção psicológica para meninas vítimas de abuso sexual intrafamiliar*. Tese de Mestrado em Psicologia. Universidade Federal do

Rio Grande [em linha] Disponível em
<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/7145/000539806.pdf?sequence=1> [Consult. 16 de Mar. 2013].

Habigzang, L. F. (2010). *Avaliação de impacto e processo de um modelo de grupoterapia cognitivo-comportamental para meninas vítimas de abuso sexual*. Dissertação Univ. Federal do Rio Grande [em linha] Disponível em
<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/21429/000737671.pdf?>
[Consult. 16 de Mar. 2013].

Koller, S. H. & De Antoni, C. (2004). *Violência intrafamiliar: Uma visão ecológica*. Em S. H. Koller (Org.), *Ecologia do desenvolvimento humano: Pesquisa e intervenção no Brasil*. São Paulo: Casa do Psicólogo, pp. 293-310.

Kristensen, C. H.; Schaefer, L. S; Busnello, F. B. (2010). Estratégias de coping e sintomas de stress na adolescência. *Estudos de Psicologia* 27 (1), pp. 21-30.

Ikawa, T. G. (2007). *Abuso sexual de crianças e adolescentes suas consequências psicológicas e tratamento*. [em linha] Disponível em
<http://repositorio.uniceub.br/bitstream/123456789/2590/2/20312640.pdf> [Consult. 27 jun. 2013].

Lima, J. A. (2012). *A repetição do abuso sexual intrafamiliar infanto-juvenil entre gerações*. Dissertação de doutoramento em psicologia social. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. [em linha] Disponível em
<http://www.cchla.ufpb.br/ppgps/pdf/teses/2012/Joana%20Azevedo%20Lima%202012.pdf> [Consult. 22 de Abril 2013].

Machado, C.; Gonçalves, M; Matos, M. (2000). *Escalas para avaliação do enquadramento cultural da violência contra as mulheres e crianças*. Universidade do Minho. Braga.

Machado, C. (2002). Abuso sexual de crianças. In Machado, C. & Gonçalves, R.A. (Coords.), *Violencia e vítimas de crimes*, Vol. 2 – Crianças, (pp. 39-93) Coimbra: Quarteto Editora.

Machado, M. L. (2006). *A revelação do abuso sexual e seu impacto sobre o contexto familiar: estudo com crianças atendidas em um serviço público para vítimas de violência sexual*. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. Bahia.

Magalhães, T. (2002) – *Maus tratos em crianças e jovens* – Guia prático para profissionais. Coimbra: Quarteto.

- Magalhães, T. (2005). *Maus tratos em crianças e jovens*. Coimbra: Quarteto. 4ª ed.
- Magalhães, T. (2010). *Abuso de crianças e jovens. Da suspeita ao diagnóstico*. Porto: Lidel.
- Magalhães, T.; Vieira, D. N. (2003). Vítimas de crimes sexuais. Intervenção na investigação criminal. *Sub-Judice, Justiça e Sociedade*, 26 pp. 7-12
- Manita, C. (2003). Quando as portas do medo se abrem ... do impacto psicológico ao(s) testemunho(s) de crianças vítimas de abuso sexual. *Cuidar da Justiça de Crianças e Jovens. A função dos juizes sociais. Actas de Encontro*. Coimbra: Almedina, pp. 230-253)
- Mota, L. (2009). *Dos dados ao diagnóstico de enfermagem*. Forum [on line] Disponível em http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&view=article&id=3471:dados-ao-diagnostico-de-enf&catid=197:
- Noguerol, V. (1997). Aspectos Psicológicos del Abuso Infantil. In: *Niños Maltratados*, Madrid, pp. 177-182.
- Nunes, A. (2012). *Digital playgrounds: children as prodsumers of online content*. Paper apresentado na International Conference Culture, Communication and Creativity, Berlin. [em linha]. Disponível em <http://www.ics.ul.pt/instituto/?ln=p&pid=7&mm=2&ctmid=3&mnid=1&doc=31809901190&sec=6>. [Consult. 25 fev. 2013].
- Ordem dos enfermeiros (2009). *Código deontológico*. [em linha] Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf> [Consult. 25 jun. 2014].
- Ornelas, S. J. (2011). *Abuso Sexual Infanto-Juvenil: um olhar preventivo do educador no combate desse crime*. Monografia Universidade Federal de Ouro Preto [em linha]. Disponível em <http://www.amde.ufop.br/tccs/Aracuai/Aracuai%20-%20Samyr%20Ornelas.pdf> [Consult. Em 22 de maio 2013].
- Padilha, M. G. S. (2007). *Prevenção primária de abuso sexual. Avaliação de um programa com adolescentes e pré-adolescentes em ambiente escolar*. Tese Pós-Graduação em educação Especial. Universidade Federal de São Carlos. [em linha] Disponível em http://www.btdt.ufscar.br/htdocs/tedeSimplificado/tde_arquivos/9/TDE-2007-11-28T10:28:38Z-1655/Publico/TeseMGSP.pdf [Em 22 de Maio 2013].

- Pfeifer, L.; Salvagni, E. (2005). *Visão actual do abuso sexual na infância e adolescência*. Jornal de Pediatria [em linha]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/jped/v81n5s0/v81n5sa10.pdf> [Consult. em 25 de fev. 2013].
- Paradise, J. E. (1990) Avaliação médica de crianças vítimas de abuso sexual. *Clínicas Pediátricas da América do Norte*. 4, pp. 911-936.
- Pinto, E.C., Ferreira, D.L.M., Soler, Z.A.S.G. et al. (2013). Maus tratos físicos contra crianças e adolescentes: percepção da equipe de enfermagem pediátrica. *Revista enfermagem UFPE*, Recife, 7 (6), pp. 4411-20.
- Queirós, A. A. (2001). *Ética e enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Queirós, A. A.; Meireles, M. A.; Cunha, S. R. (2007). *Investigar para compreender*. Loures: Lusociência.
- Sani, A. (2011). *Crianças vítimas de violência: Representação e impacto do fenómeno*. Porto, Ed. Universidade Fernando Pessoa.
- Scherer, E, A. & Scherer, A. P. (2000). A Criança maltratada: uma revisão da literatura. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 18 (4) pp. 22-29.
- Silva, C. J.D.C. (2010b). *Os enfermeiros e a preservação de vestígios perante vítimas de agressão sexual, no serviço de urgência*. Dissertação de Mestrado em Medicina Legal, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Silva, K. (2010a). *Abuso sexual de crianças: aspectos jurídicos a ponderar no âmbito da perícia médico-legal*. Dissertação de Mestrado em Medicina Legal e Ciências Forenses, Universidade de Coimbra.
- Silva, L. M. P.; Ferriani, M. G. C.; Silva, M. A. I. (2011). *Atuação da enfermagem frente à violência sexual contra crianças e adolescentes*. Rev. Bras. Enferm, Brasília Set-Out; 64(5), 919-24. [em linha]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n5/a18v64n5.pdf> [Consult. em 17 maio 2013].
- Ribeiro, C. (2009). *A criança na Justiça: Trajetórias e significados do processo judicial de crianças vítimas de abuso sexual intrafamiliar*. Coimbra, Almedina.
- Rocha, L. F. (2006). *Ataque sexual infanto-juvenil doméstico: da revelação à responsabilização criminal do agressor*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências e Letras de Assis [em linha]. Disponível http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/infanciahome_c/i_violencia_abuso_exploracao_sexual/vaes_doutrina_violencia_abuso/Disserta%c3%a7%c3%a3o%20-

[%20ataque%20sexual%20-%20crian%c3%a7a%20e%20adolescente%20-%20%20Luiz%20Fernando%20Rocha.pdf](#) [Consult. Em 24 de Abr. 2013]

- Rodrigues, M. R. C. (2013). *Intervenções de enfermagem na abordagem da criança vítima de maus tratos em contexto hospitalar*. Dissertação de Mestrado em Saúde Infantil e Pediatria. Escola Superior de Saúde de Viseu. Viseu.
- Taveira, F. J. M. (2007). *Análise do abuso sexual em crianças e jovens no contexto intra e extra-familiar*. Dissertação de Mestrado em Ciencias Forenses. Universidade do Porto [em linha]. Disponível em <http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/22224/3/Tese%20Final%20Francisco%20Taveira.pdf> [Consult. Em 24 de Abr. 2013]
- Tomás, C.; Fonseca, D (2004). Crianças em perigo: O papel das comissões de proteção de menores em Portugal. *DADOS – Revista de Ciencias Sociais*, Rio de Janeiro, 47 (2) pp. 383-408.
- Woiski, R.O.S.; Rocha, D.L.B. (2010). Cuidado à criança vítima de violência sexual. *Esc. Anna Nery*, 14 (1) pp.143-150.
- Wong, D. L. (1999). *Enfermagem Pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

APÊNDICES

APÊNDICE I - Instrumento de Colheita de Dados

QUESTIONÁRIO I

O abuso sexual de crianças e adolescentes é um problema social sobre o qual cada um de nós enfermeiros vai refletindo e formulando algumas opiniões, muitas vezes baseadas em sentimentos despoletados, quando perante estas situações.

Assim, estes questionários são dirigidos aos enfermeiros de serviços de internamento e Urgência do Hospital Pediátrico de Coimbra Dr. Carmona da Mota e integra-se num estudo que tem por objectivo auscultar as opiniões identificando percepções e sentimentos face à problemática das crianças vítimas de abuso sexual.

Seguidamente vai encontrar algumas questões na qual gostaria que exprimisse a sua opinião em relação a cada uma delas.

As respostas a este questionário são absolutamente anónimas

Dados Pessoais

Idade: _____ Sexo M ☐ F ☐ Estado Civil: _____

1 – O que entende por Abuso Sexual em crianças e adolescentes?

2 – Quais os sentimentos vivenciados aquando do diagnóstico de abuso sexual a crianças e adolescentes?

3 – Que tipo de abuso sexual é que acha que é mais frequente? O intra ou o extra familiar? E qual o sexo mais prevalente?

4 – Sente que possui informação e formação para identificar uma situação de abuso sexual em crianças e adolescentes? Como foi adquirida?

5 – Pela sua experiencia, gostaria que me descrevesse como atuaria frente a uma criança ou adolescente vítima de abuso sexual.

6 – Já contatou profissionalmente com crianças vítimas de abuso sexual?

SIM ☐

Não ☐

Questionário II

Escala de Crenças sobre o abuso sexual – E.C.A.S.

(C. Machado; R. Gonçalves & M. Matos, 2000; Universidade do Minho)

Versão para investigação

Seguidamente vai encontrar um conjunto de afirmações em relação a situações de Abuso Sexual em crianças e adolescentes. Peço que exprima a sua opinião em cada uma delas de acordo com a sua forma de pensar e sentir sem ter em conta se a sua opinião é correta ou não.

Avalie cada afirmação colocando um (X) na opção que melhor traduza o seu modo de pensar e sentir de forma a usar a seguinte escala:

Discordo Totalmente	Discordo	Não Concordo Nem Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
------------------------	----------	------------------------------	----------	------------------------

As respostas a este questionário (II) são absolutamente anónimas

1 – É muito raro uma criança/adolescente ser abusada sexualmente.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

2 – Só as raparigas é que são vítimas de abuso sexual.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

3 – As pessoas que abusam sexualmente de crianças/ adolescentes são quase sempre desconhecidos.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

4 – A maioria das queixas de abuso sexual são fantasias das crianças/adolescentes.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

5 – Os abusadores são pessoas que parecem diferentes de pessoas normais.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

6 – As crianças podem provocar o abuso, pelo seu comportamento sedutor

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

7 – Só se pode falar de abuso quando há violência.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

8 – A maioria das queixas de abuso sexual são inventadas pelas mães (p. ex. nos processos de divórcio).

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

9 – Se uma rapariga, já foi abusada antes, então é natural que os outros homens também abusem dela.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

10 – Se alguém abusa sexualmente de uma criança/ adolescente, é porque não consegue arranjar parceiros adultos.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

11 – Se a criança/adolescente só se queixa do abuso muito mais tarde, então ele provavelmente não existiu.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

12- As adolescentes levam os homens mais velhos a abusar delas.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

13 – Só com crianças pequenas é que se pode falar de abuso. Se um(a) adolescente se envolve com alguém mais velho, a culpa é sua.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

14 – Se o abusador não tiver magoado a criança/adolescentes, o abuso é pouco grave.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

15 - Só se pode falar de abuso sexual se a criança/adolescente resistir fisicamente.

1 ☐

2 ☐

3 ☐

4 ☐

5 ☐

16 - A maioria das queixas de abuso sexual são falsas.

1 ☐

2 ☐

3 ☐

4 ☐

5 ☐

17 - Se não tiver havido penetração, então o abuso sexual é pouco grave.

1 ☐

2 ☐

3 ☐


4 ☐

5 ☐

Muito obrigado pela colaboração

**APÊNDICE II – Autorização do Conselho de Administração do CHUC-EPE para a
Realização do Projeto de Investigação**

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.
Unidade de Inovação e Desenvolvimento
Centro de Ensaios Clínicos


Dr. José Martins Nunes
Presidente do Conselho de Administração
C.H.U.C. - EPE

Exm.º Senhor

Dr. José Martins Nunes

Presidente do Conselho de Administração
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra,
EPE

Ref.º: **CHUC-076-13**

23/12/2013

A pedido de **Enf.ª Carla Isabel Alves dos Reis Ladeiro**, recebeu esta Unidade um pedido de autorização de um Projecto de Investigação sobre **"PERCEÇÃO E VALORAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ABUSO SEXUAL EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES PELOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM"**, ao qual não se aplicam as normas previstas na Lei n.º 46/2004 de 19 de Agosto e colheu parecer **favorável** da Comissão de Ética deste Hospital.

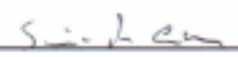
Informa-se V. Ex.ª. que este projecto não acarreta qualquer encargo financeiro adicional para o CHUC.

C.H.U.C. - Conselho de Administração

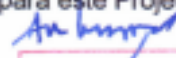

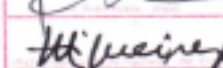
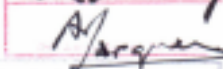
Solicita-se assim a autorização do Conselho de Administração para este Projecto.

Com os mais respeitosos cumprimentos,


Pl' O Director da Unidade de Inovação e Desenvolvimento


(Prof. Doutor José Saraiva da Cunha)

16.1.14

CHUC - EPE
CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
Reg. Nº 13331 / 2013
Origem 13
Data 9 / 1 / 2014



APÊNDICE III – Consentimento Informado

INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR (ICBAS)

MESTRADO EM MEDICINA-LEGAL

INFORMAÇÃO AOS PARTICIPANTES E DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Carla Isabel Alves dos Reis Ladeiro, enfermeira no Serviço de Pediatria Médica do Hospital Pediátrico de Coimbra – CHUC, EPE a frequentar o Mestrado em Medicina-Legal no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, venho solicitar a vossa colaboração/participação na realização de um trabalho versando o tema “Perceção e valoração do diagnóstico de abuso sexual em crianças e adolescentes pelos profissionais de Enfermagem”, sob orientação do Professora Doutora Jeni Canha.

Com a realização deste trabalho pretendo conhecer qual a perceção que os profissionais de enfermagem do Hospital Pediátrico de Coimbra Dr. Carmona da Mota, CHUC têm relativamente ao diagnóstico de abuso sexual de crianças e adolescentes e a valoração que os mesmos lhe atribuem, de forma a definir linhas orientadoras a uma atuação futura, com intuito de salvaguardar os direitos das vítimas

Eu, abaixo-assinado, declaro que aceito participar no estudo tendo como referencia a informação que me foi fornecida e clarificada através deste documento:

- ⇒ O uso da informação que forneço é apenas para este estudo e não será facultada a outras pessoas que não estejam directamente implícitas;
- ⇒ Os dados serão colhidos através de um registo de incidente crítico que será entregue em carta fechada pela enfermeira;
- ⇒ Para além do tempo de preenchimento não se prevê danos físicos, emocionais, económicos, sociais ou potenciais danos colaterais;
- ⇒ Os pormenores relacionados com o preenchimento e local da entrega dos registos preenchidos ser-me-ão explicados no momento da entrega do mesmo;

[illegible]

APÊNDICE IV- Lista completa de Categorias, Indicadores, Unidades Naturais de Significado e Unidades de Enumeração da percepção dos enfermeiros relativamente ao abuso sexual de crianças e adolescentes

CATEGORIA	INDICADOR	UNS	UE
SIGNIFICADO	Comportamento desadequado	<p>P8: exibicionismo do agressor</p> <p>P9: pode ser contato físico, exibição e outros.</p> <p>P15: nem a capacidade de identificar o que está correto.</p> <p>P34: Toda a forma de maltrato à criança através de sedução, comunicação, toque, ou mesmo ato sexual</p> <p>P39: A adoção consciente de determinados comportamentos físicos orientados para crianças/adolescentes, desadequados</p> <p>P43: carícias inapropriadas</p> <p>P44: atos ou de vocabulário inadequado a crianças e adolescentes, com intencionalidade.</p> <p>P70: manipulação de órgãos genitais, pornografia, exibicionismo ou comportamentos ou comentários provocantes.</p>	8
	Manipulação	<p>P6: obrigando-os a tal ou manipulando-os por forma a concordarem com o ato pensando estar a fazer o mais correto.</p> <p>P8: persuasão do agressor para a realização de fotografias ou vídeos de caráter sexual.</p> <p>P15: nem a capacidade de identificar o que está correto.</p> <p>P22: Tudo o que seja forçado (como por exemplo a visualização de imagens inapropriadas)</p> <p>P31: pedir ou pressionar a criança ou adolescente a se envolver em atividades sexuais, exposição dos órgãos sexuais ou qualquer outro tipo de contacto sexual.</p> <p>P42: coagindo ou forçando a criança ou adolescente.</p> <p>P45: comportamentos manipulativos ou de imposição</p> <p>P50: uma forma de abuso, em que um adulto incentiva, manipula, estimula e pressiona a criança/adolescente a envolver-se em atividades sexuais.</p> <p>P52: Quando a criança ou adolescente é persuadida ou obrigada a realizar atividades sexuais.</p> <p>P64: inclui diversos aspetos como: violação, beijos ou "apalpoes" não consentidos, pressão constante para que haja relação sexual (ainda que esta não se concretize), incentivar/forçar a ingestão de bebidas alcoólicas/consumo de drogas com o objetivo de reduzir a capacidade de se opor à relação sexual.</p> <p>P68: Todo o ato que, praticado por adultos, sob coação ou violência, na vertente sexual, possa causar dano físico ou emocional.</p>	11
	Prazer sexual	<p>P3: prazer sexual</p> <p>P5: faz uso de vários meios para abusar sexualmente da mesma, buscando autossatisfazer-se.</p> <p>P7: forma de abuso infantil onde um adulto ou adolescente mais velho se "serve" de uma criança/adolescente mais novo para satisfação sexual, pode ou não existir penetração e tem como fim satisfazer desejos mórbidos.</p> <p>P9: Qualquer forma de aproximação com o objetivo de obter satisfação sexual</p> <p>P27: Qualquer contato íntimo com o intuito de obtenção de prazer por parte do abusador.</p> <p>P28: O abusador tem experiência, o seu objetivo é a sua satisfação pessoal.</p> <p>P29: Forma de Abuso Infantil em que alguém mais velho (adulto ou outro jovem mais velho) usa uma criança para estimulação sexual.</p> <p>P30: Qualquer contato íntimo de um adulto para uma criança/adolescente com a intenção de obter prazer ou algum tipo de satisfação pessoal.</p> <p>P31: Forma de abuso em que um adulto ou adolescente mais velho usa uma criança para estimulação sexual</p> <p>P39: tendo em vista a satisfação física/sexual do perpetrador.</p> <p>P42: jogo ou ato sexual entre duas pessoas com vista à satisfação sexual de uma delas</p> <p>P45: Utilização de crianças ou adolescentes para satisfação sexual de um adulto</p> <p>P50: Todas estas atividades são desejadas pelo adulto.</p> <p>P51: envolvimento de uma pessoa mais velha com uma criança que tem como finalidade a satisfação sexual dessa pessoa (que não apenas a prática de coito).</p> <p>P54: por forma a obter satisfação sexual.</p> <p>P63: Todos os atos em que uma pessoa/indivíduo usa a criança/adolescente para estimulação sexual.</p> <p>P67: Situações em que um adulto utiliza uma criança e/ou adolescente em prol da sua satisfação sexual.</p>	17

	Não respeito da intimidade	<p>P4: não é respeitada a sua intimidade</p> <p>P18: de forma intencional invade os direitos à privacidade, ao pudor e à vontade de crianças e adolescentes</p> <p>P22: Tudo aquilo que interfere com a identidade sexual de cada um</p> <p>P23: Todo o ato que vá contra a intimidade da criança ou adolescente. Violação da sua privacidade no ambiente familiar ou escolar (...) Qualquer toque íntimo por alguém que não cuida da criança.</p> <p>P26: Qualquer ato que a criança/adolescente invadindo o seu pudor ou sexualidade</p> <p>P38: Invasão de privacidade, não consentida</p> <p>P53: Qualquer ato que coloque em risco intimidade/sexualidade da criança ou adolescente.</p> <p>P60: coloca em causa a sua integridade física e psicológica.</p> <p>P64: Abuso sexual é o comportamento que põe em causa a intimidade da criança/adolescente,</p>	9
	Pode ou não existir penetração	<p>P7: pode ou não existir penetração</p> <p>P12: podendo ou não haver penetração</p> <p>P28: Pode ou não existir ato sexual (...) pode haver abuso sexual sem toque físico.</p> <p>P43: penetração ou sem penetração</p> <p>P55: Atos e ou práticas envolvendo ou não ato sexual,</p> <p>P58: O abuso sexual nem sempre exige penetração ou coito.</p> <p>P70: Pode haver ou não penetração</p>	7
	Prática entre maiores e menores	<p>P10: Todo e qualquer ato que envolva os órgãos genitais da criança praticados por outra pessoa.</p> <p>P11: Prática de relações sexuais entre um indivíduo maior de idade e um menor de idade.</p> <p>P12: Quando existe ato sexual praticado por um adulto a uma criança ou adolescente</p> <p>P16: práticas repetidas, durante um período de tempo indeterminado, por um adulto ou não sobre alguém indefeso</p> <p>P33: Existência de um qualquer ato sexual por parte de um adulto a uma criança.</p> <p>P49: O abuso corresponde à violação sexual de crianças ou adolescentes, quer por adultos, adolescentes e mesmo outras crianças.</p> <p>P54: Abuso sexual em crianças/adolescentes é qualquer ato físico ou psicológico de cariz sexual de um adulto em relação a uma criança/adolescente</p> <p>P58: Abuso sexual é todo o ato físico ou psicológico que envolva uma criança ou adolescente e uma pessoa adulta e/ou outra criança ou adolescente.</p> <p>P70: É qualquer contacto ou interação sexual entre um adulto e uma criança ou adolescente.</p>	9
	Prática sexual sem consentimento	<p>P1: práticas sexuais com crianças e adolescentes, sem consentimento</p> <p>P4: comportamentos de outra pessoa, em que a criança não aceita</p> <p>P13: Manter relação sexual não autorizada com uma criança/adolescente.</p> <p>P14: Conjunto de práticas sexuais sem consentimento</p> <p>P15: É a prática de atos sexuais de um adulto sobre uma criança e adolescente, sem consentimento</p> <p>P17: Abuso ou comportamento de natureza sexual, tido com criança ou adolescente, sem o seu consentimento.</p> <p>P20: Abuso sexual é toda a prática sexual praticada sem o conhecimento ou consentimento das partes envolvidas.</p> <p>P21: Todo e qualquer ato que envolva práticas sexuais sem consentimento</p> <p>P24: Ato sexual imposto e forçado por parte de um indivíduo a um menor.</p> <p>P25: Consiste num conjunto de práticas sexuais que são impostos/forçados por um abusador a uma criança/adolescente.</p> <p>P32: Qualquer atitude abusiva por parte de adultos a crianças (até 18 anos) sob o ponto de vista sexual</p> <p>P35: invasão da intimidade física e/ou psicológica de alguém contra a sua vontade ou quando esta não tem capacidade de decisão.</p> <p>P37: Ato de natureza sexual não consentido, insinuação ou obscenidade de índole sexual.</p> <p>P40: de forma abusiva sob adolescentes ou criança contra a sua vontade</p> <p>P41: com intencionalidade e contra a sua vontade.</p> <p>P43: com ou sem consentimento da criança/adolescente).</p> <p>P46: Qualquer tipo de contacto físico ou intelectual de cariz sexual, não desejado / sem consentimento.</p> <p>P47: Relação sexual sem consentimento de uma das partes.</p> <p>P48: Qualquer ato sexual dirigido a crianças e adolescentes sem livre vontade/consentimento.</p> <p>P54: pedir ou obrigar um menor a praticar relações sexuais;</p> <p>P59: Ato de cariz sexual realizado por adultos e/ou adolescentes em crianças/adolescentes, contra sua vontade e/ou conhecimento (crianças que não reconhecem atos como sendo sexuais).</p> <p>P62: Ato de forçar alguém a ter "relações sexuais" contra sua vontade</p> <p>P66: Todo o ato que vá contra a vontade da criança na sua esfera íntimo/sexual.</p>	25

		<p>P67: Situações em que haja aproveitamento sexual da criança e/ou adolescente contra sua vontade.</p> <p>P69: Ato de violência que consiste em ter relações sexuais e não sexuais obrigando a vítima através da força física e pressão psicológica.</p>	
	Violação física ou moral	<p>P1: violação física ou moral</p> <p>P2: violência ou ameaça, através de formas físicas ou psicológicas</p> <p>P14: uso de violência física ou psicológica de um adulto sobre uma criança e/ou adolescente (...) resultando em trauma físico e/ou emocional.</p> <p>P18: ações que possam lesar moral, psicológica ou fisicamente.</p> <p>P19: ato que envolva contato sexual com a criança e adolescente.</p> <p>P21: ou com uso de violência física ou moral</p> <p>P26: e lhe possa provocar danos físicos, morais ou psicológicos.</p> <p>P28: As práticas impostas às crianças e adolescentes pode ser através de violência física, ameaça ou mesmo seduzindo-os.</p> <p>P34: desrespeito à inocência de uma criança, com evidentes complicações no seu desenvolvimento posterior, seja em termos físicos, psicológicos ou sociais.</p> <p>P36: Todo ato/manifestação sexual praticado com crianças/adolescentes, utilizando a violência ou não (chantagem, manipulação).</p> <p>P38: através do contacto físico, abuso psicológico ou emocional.</p> <p>P40: exercendo agressão verbal, física ou psicológica sobre alguém com idade inferior ou com incapacidade para se defender adequadamente.</p> <p>P41: Abuso físico e/ou psicológico através de atos e/ou vocabulário inadequados a crianças e adolescentes</p> <p>P44: Abuso físico e psicológico</p> <p>P55: possam causar distúrbios emocionais</p> <p>P56: todo e qualquer abuso que ponha em causa a integridade física ou psicológica da criança de cariz sexual, abusos esses que podem ir desde simples palavras a atos sexuais explícitos.</p> <p>P57: Entendo por abuso sexual qualquer ato físico ou verbal de caráter sexual que interfira com a criança/adolescente e lhe possa causar dano físico ou psíquico.</p> <p>P60: É um ato físico ou psicológico contra a vontade da criança/adolescente</p> <p>P61: Qualquer ato que coloque em causa a integridade física da criança e adolescente.</p> <p>P62: por meio de violência quer física quer psicológica.</p> <p>P65: Todo o ato cometido por uma pessoa, que lesa física e psicologicamente, a nível sexual as crianças e adolescentes.</p> <p>P68: Mesmo sem coação ou violência pode ser considerado abuso, desde que não haja maturidade emocional da criança jovem para compreender.</p>	22
SENTIMENTOS	Revolta/Raiva	<p>P2; P6; P7; P8; P 9; P10; P12; P14; P15; P17; P18; P19; P21; P22; P24; P25; P28; P30; P31; P32; P37; P38; P39; P41; P42; P43; P44; P46; P47; P48; P51; P53; P55; P58; P60; P61; P62; P66; P69:</p> <p>P3: revolta ... Insuficiente informação e falta de formação para lidar com as crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual.</p> <p>P4: Revoltada</p> <p>P5: por vezes de "revolta"</p> <p>P13: raiva, vontade de agir com agressividade com o violador....</p> <p>P16: "vontade de fazer justiça pelas próprias mãos".</p> <p>P23: Sentimentos de raiva em relação a quem o provocou e a quem por vezes oculta ou compactua com o abuso.</p> <p>P26: O primeiro é de revolta</p> <p>P27: Eu sinto sobretudo revolta.</p> <p>P45: alguma raiva do abusador</p> <p>P52: Revolta desejo de justiça.</p> <p>P54: relativamente ao indivíduo que praticou o abuso, nomeadamente, revolta,</p> <p>P56: revolta/repugnância para com o agressor</p> <p>P57: Vivencio sentimentos de revolta quanto ao agressor</p> <p>P59: Revolta com a situação</p> <p>P63: ódio/repugna pelos adultos.</p>	54

	Frustração	<p>P5; P7; P25; P28; P30; P31; P38; P51; P53; P55; P58; P60; P64</p> <p>P 1: Imagino que a criança/adolescente se possa sentir muito mal, por não ser respeitada, por ninguém a conseguir defender. P 2: impotência perante a situação P 5: Frequentemente é o sentimento de impotência P 8: impotência para agir perante esta situação P10: impotência na prevenção e ajuda. P43: impotência de não poder fazer nada para impedir estes atos. P56: Muitas vezes o nosso sentimento é de impotência perante a situação. P59: de impotência</p>	21
	Tristeza	<p>P1; P4; P15; P17; P29; P32; P33; P41; P43; P49; P54; P59; P63; P70</p> <p>P2: pena da criança. P64: tristeza e uma "sensação de aperto" P65: sinto tristeza perante a sociedade que temos</p>	17
	Repulsa	<p>P7; P9; P12; P19; P21; P30; P31; P37; P39; P41; P44; P50; P68</p> <p>P65: Repugna em relação ao agressor.</p>	14
	Medo	<p>P11; P22; P25; P29; P31; P38; P41; P50; P66</p> <p>P24: Medo de qualquer tipo de contato por parte de outra pessoa, inclusive profissionais de saúde.</p>	10
	Angústia	<p>P1; P12; P24; P33; P35; P50; P54; P66; P67</p> <p>P36: Um sentimento de angustia pela situação da criança/adolescente.</p>	10
	Indignação	<p>P3; P18; P37; P41; P53; P54; P61</p> <p>P39: Indignação pela situação P45: Indignação pela situação,</p>	9
	Compaixão	<p>P18; P21; P54</p> <p>P34: carinho e compaixão por uma criança e/ou adolescente que tenha tido de vivenciar este tipo de experiência. P39: Pena, compaixão pela vítima. P45: compaixão pelo abusado P49: "Pena" pela situação. P56: "pena" para com o agredido P57: Quanto à criança sentimentos de carinho.</p>	7
	Incompreensão	P21; P44; P46; P54	4
	Choque	P14; P16; P47; P48	4
CONHECIMENTO	Intra-familiar	<p>P1; P2; P3; P5; P6; P7; P8; P9; P12; P13; P14; P15; P16; P17; P18; P19; P20; P21; P22; P23; P24; P26; P27; P29; P30; P31; P32; P33; P34; P35; P36; P37; P39; P40; P41; P42; P43; P45; P46; P47; P48; P49; P50; P51; P52; P53; P54; P55; P56; P57; P58; P59; P60; P61; P62; P63; P64; P65; P66; P67; P68; P69; P70</p>	63
	Extra-familiar	P4; P11; P25	3
	Sexo feminino	<p>P1; P2; P3; P4; P5; P7; P8; P11; P12; P14; P15; P16; P17; P18; P19; P20; P21; P22; P23; P24; P25; P26; P27; P29; P31; P34; P35; P36; P37; P38; P39; P40; P43; P45; P46; P50; P51; P52; P56; P57; P58; P59; P61; P62; P64; P65; P67; P68; P69; P70</p>	50
	Sexo masculino	P6; P9; P30; P32; P33; P41; P48; P55; P60; P66	10

FORMAÇÃO	Licenciatura/outros cursos	<p>P4: algumas no curso</p> <p>P5: Os conhecimentos que tenho sobre abuso sexual em crianças, foi adquirido no âmbito da licenciatura em Enfermagem (sinais de "alarme", contexto social e familiar)</p> <p>P17: a que tenho foi ministrada na licenciatura e na pós-especialização.</p> <p>P22: Apesar de ter formação geral</p> <p>P23: também com a licenciatura em psicologia.</p> <p>P32: Curso de Enfermagem e Psicologia.</p> <p>P33: Alguma. Ensino Pós-Graduação.</p> <p>P38: frequência de congressos sobre o assunto.</p> <p>P41: Posso alguma informação, adquirida ao longo do curso de especialização em Enfermagem Infantil e Pediatria,</p> <p>P43: Sim, adquirida em formações externas e como ex-voluntária da Associação Portuguesa de Apoio à Vítima.</p> <p>P44: Sim, inclusive no ano passado realizei uma formação neste sentido com uma formadora pertencente à comissão de proteção de menores.</p> <p>P51: competências adquiridas durante o curso de especialidade e mestrado em enfermagem de saúde infantil e pediatria.</p> <p>P53: a que tenho foi adquirida em contexto de formações noutras áreas.</p> <p>P54: Sim, considero que possuo formação sobre o abuso sexual em menores, tendo esta sido adquirida através do curso de Enfermagem</p> <p>P55: Adquirida com formação formal, informal</p> <p>P61: Alguma inserida na formação profissional</p> <p>P64: Sinto que possuo informação e formação moderada para identificar uma situação de abuso sexual sobretudo em adolescentes (a nível de crianças nem tanto). Esta formação foi adquirida no âmbito de um projeto da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (no qual estou inserido) que trabalha a problemática da violência no namoro</p>	17
	Auto-formação	<p>P26: Não, a minha formação vem da procura pessoal de informação.</p> <p>P28: pesquisa</p> <p>P30: pesquisa</p> <p>P42: Sim. Através de leituras</p> <p>P52: formação em serviço e pesquisa bibliográfica.</p> <p>P64: Outras informações adquiri através de bibliografia e documentários.</p> <p>P66: Pouca. A formação/informação que detenho tem essencialmente a ver com autoformação.</p> <p>P67: alguma pesquisa acerca da temática.</p> <p>P70: Através de pesquisa bibliográfica</p>	8
	Experiência profissional	<p>P4: Alguma informação, não na plenitude, foi adquirida com contato com essas situações</p> <p>P6: Alguma. Em contexto de triagem em urgência.</p> <p>P9: Alguma experiência da prática profissional.</p> <p>P16: Não. Fui adquirindo com algumas situações que me surgiram.</p> <p>P23: Ao longo do meu percurso profissional</p> <p>P28: Experiência</p> <p>P29: Sim, por visualização de outros casos.</p> <p>P30: Adquirida ao longo da vida profissional com o contato com situações abusivas</p> <p>P36: Sinto que tenho alguma informação para identificar uma situação de abuso sexual.</p> <p>P38: Alguma informação e formação básica na identificação de casos, através da experiência profissional</p> <p>P39: Alguma informação/formação. Adquirida pela experiência profissional.</p> <p>P42: da minha experiência profissional com estes casos.</p> <p>P45: Sinto que sim, sendo que essa advém da experiência profissional.</p> <p>P51: Sim, alguma (médio). Adquirida pela experiência profissional no serviço de urgência do hospital pediátrico (algumas situações referenciadas de outras instituições e algumas identificadas no serviço);</p> <p>P52: Foi adquirida através da experiência profissional</p> <p>P54: por experiência profissional.</p> <p>P55: prática de funções que tenho exercido.</p> <p>P56: Posso alguma formação mas em adultos que foi adquirida quando trabalhava na urgência do Hospital dos Covões, no contexto de violência doméstica</p> <p>P58: Os conhecimentos que fui adquirindo vêm da experiência profissional de contacto com situações deste género e do encaminhamento realizado (...) Também entre colegas vamos conversando sobre estas vivências e formas de atuar.</p> <p>P61: outra na experiência diária no serviço.</p>	26

		<p>P62: Algumas formações adquiridas pela prática profissional.</p> <p>P63: experiência profissional (...) Informação transmitida no serviço</p> <p>P65: Apenas sei que certas lacerações ou comentários podem ser indicativos de abuso sexual.</p> <p>P67: Adquirida com tempo de serviço</p> <p>P68: Sim. Formação adequada e prática profissional.</p> <p>P70: observação/diálogo estabelecendo com a criança/acompanhante, vítima deste tipo de mau trato, e recorram ao S. Urgência, por este ou por outro motivo.</p>	
	Falta de experiência	<p>P1: nunca vivenciei muitas situações acerca desta temática.</p> <p>P2: não tenho experiência em lidar com estas situações (...) não é um diagnóstico fácil</p> <p>P7: Sendo um tema tão complicado</p> <p>P8: Não. Não sou capaz de identificar novas situações através de comportamentos/attitudes da criança/adolescente.</p> <p>P49: Não. Considero que não conseguiria identificar facilmente.</p>	5
	Sem formação específica	<p>P1: formação específica não tenho.</p> <p>P2: Sinto que não possuo informação</p> <p>P3: nenhuma formação</p> <p>P9: Não da forma programada.</p> <p>P10, P11, P13, P19, P21, P24, P25, P27, P31, P35, P37, P46, P47, P48, P59, P60, P69: Não..</p> <p>P14: Não considero ter informação nem nunca tive formação neste âmbito.</p> <p>P15: no entanto acho que não é suficiente para identificar uma situação de abuso sexual.</p> <p>P20: Não tenho formação.</p> <p>P22: Considero não a ter específica para determinar esse tipo de diagnóstico.</p> <p>P56: relativamente a crianças e adolescentes não possuo grande formação.</p>	26
	Pouca informação/formação	<p>P3: Pouca informação</p> <p>P7: sinto que não tenho informação nem formação suficiente para poder identificar uma situação deste tipo.</p> <p>P12: Não, sinto que neste aspeto tenho falta de informação que me permita perceber se uma criança/adolescente já foi abusado ou está em risco.</p> <p>P15: acho que não é suficiente para identificar uma situação de abuso sexual.</p> <p>P17: Sinto que a formação de que disponho nesta área é insuficiente</p> <p>P18: Sinto que não, até porque nós "conhecemos" as crianças e famílias num contexto muito controlado, mas não temos acesso a todos os dados relevantes para identificarmos essas situações devidamente.</p> <p>P30: formação acho que é insuficiente.</p> <p>P34: não acredito que tenha formação para identificar uma situação de abuso sexual e para lidar com a mesma em toda a amplitude que esta situação abrange.</p> <p>P40: Sinto que tenho formação insuficiente.</p> <p>P41: mas considero insuficiente</p> <p>P50: Sinto algumas lacunas a nível da formação e sem posterior intervenção.</p> <p>P52: Alguma, talvez não o suficiente.</p> <p>P53: Pouca ou nenhuma</p> <p>P57: Não. Sinto défice nesta área para tomar decisões e ajudar a criança/adolescente.</p> <p>P65: Não sinto que apresente informação nem formação.</p> <p>P66: Pouca</p> <p>P67: Sinto que possuo pouca informação/formação.</p>	17
	Melhorar a formação na área	<p>P5: sinto algumas lacunas de informação e formação para identificar uma situação de abuso sexual em crianças, nomeadamente no que respeita a fatores comportamentais e cognitivo-comportamentais patentes em cada situação.</p> <p>P36: No entanto, penso que podemos evoluir na área da formação, visto que apenas é feita uma pequena abordagem durante o curso de Enfermagem.</p> <p>P58: Penso que existe forma de melhorar a formação nesta área.</p>	3
	Adquirir mais conhecimentos	<p>P1: Sinto uma lacuna nesta área (...) Possuo alguma informação acerca de determinados sinais de alerta</p> <p>P54: No entanto sinto que ainda poderei adquirir mais conhecimentos/competências acerca desta temática.</p> <p>P55: Informação e formação básica suficiente, não ainda a desejada.</p>	3

FORMAS DE ATUAÇÃO	Proporcionar um ambiente calmo/privacidade	<p>P23: Proporcionar um ambiente calmo e reservado (...) O minino de profissionais a fazerem perguntas à criança ou adolescente.</p> <p>P39: Dar tempo, privacidade</p> <p>P45: Criação de um ambiente seguro e calmo.</p> <p>P51: Para a entrevista há preocupação com a seleção de um espaço físico (ambiente consulta) confortável e que proporcione privacidade (evitar interrupções);</p> <p>P53: Penso que a primeira atitude é manter dentro do possível, a privacidade da criança.</p> <p>P58: adequava o espaço físico da melhor forma para providenciar privacidade.</p> <p>Se possível e se a criança ou adolescente quisesse, ficaria sempre acompanhada de familiar..</p> <p>P59: Tentar providenciar o máximo de privacidade possível, para que a criança/adolescente, me possa contar/expressar o que sente, e o que preciso no momento.</p> <p>P60: Proporcionar privacidade e garantir-lhe confidencialidade.</p> <p>P61: Criaria um ambiente privado para poder conversar, permitindo a partilha de sentimentos e emoções.</p> <p>P67: Ficaria a sós com a criança ou adolescente</p> <p>P68: promover a privacidade da situação.</p>	11
	Avaliação física	<p>P7: Em termos físicos: avaliar e vigiar possíveis lesões.</p> <p>P15: Prestaria cuidados de enfermagem perante danos físicos;</p> <p>P42: Exame físico pormenorizado;</p> <p>P51:Nota: o exame físico é realizado (sempre que possível) posteriormente com colaboração com a medicina legal (...) avaliar o estado emocional e físico da criança -> no 1º contacto (situações já vem sinalizadas).</p>	5
	Colher informação detalhada	<p>P16: Alerta para alguns sinais de comportamentos estranhos. Escrever em notas de enfermagem,</p> <p>P42: Colheita de informação o mais detalhada possível; Não dar banho à criança/adolescente; Proteger as roupas;</p> <p>P51: recolher informação sobre a situação (...) Captar mensagens não verbais (observação do comportamento e interação com acompanhante);</p> <p>P55: Atentar ao olhar de ambos, aos faciais, à expressão do olhar, à maneira de estar, de falar.</p> <p>P70: Colheita de dados com atitude de escuta, não punitiva, e atenta ao comportamento, expressões dos pais/acompanhantes</p>	5
	Estabelecer relação de confiança	<p>P1: tendo em conta algumas palavras, brincadeiras para não ferir suscetibilidades.</p> <p>P3: Respeitar a criança e adolescente, ganhar a sua confiança para que ela possa sentir-se segura e poder expor o caso. Mostrar-me disponível para conversar, ajudar.</p> <p>P5: estabelecer uma relação com a criança de modo a alcançar estratégias que permitissem exprimir-se.</p> <p>P6: Através de uma conversa com a criança/adolescente tentara saber em que condições foi praticado o abuso, se foi recorrente e se foi alguém próximo da vítima para tentar que não haja contato com essa pessoa enquanto a vítima não for avaliada por um profissional.</p> <p>P7: Numa fase inicial nunca tocaria no assunto mas colocava-o à vontade para falar sobre o que quisesse e quando quisesse (...) P 7: É importante reforçar que não é uma situação normal; que as pessoas não são todas iguais; que deve falar sempre que achar que algo está mal; que não teve culpa do acontecido; que não será castigada por falar.</p> <p>P13: Mantendo, no fundo, uma atitude de escuta e documentando o relato ou a sua inexistência.</p> <p>P22: Valorizava o testemunho dela</p> <p>P23: Proporcionar confiança nas crianças nos profissionais que estão a cuidar do caso.</p> <p>P24: Tentar criar uma relação de confiança com a criança/adolescente e família para conseguirmos ajudar a ultrapassar a situação.</p> <p>P26: seria de certeza uma abordagem discreta e sensível</p> <p>P27: Demonstrar disponibilidade para ouvir e ajudar se possível a controlar a ansiedade estabelecendo diálogo. Respeitando sempre a vontade em falar ou não da criança/adolescente.</p> <p>P28: Escuta ativa, valorizar todas as mensagens faladas ou por gestos e as "não transmitidas"; nunca "culpabilizar".</p> <p>P30: Escutar ativamente; Observação linguagem verbal e não verbal;</p> <p>Demonstrar disponibilidade; Respeitar a individualidade; Não fazer juízos de valor;</p> <p>P31: Dar apoio à criança/adolescente incentivando a expressar as suas emoções e criar uma relação de confiança com a mesma. Dar apoio à família também considero importante, mostrando disponibilidade.</p> <p>P32: Saber ouvir, <u>tudo</u>, sem juízo de valor, validar o que efetivamente querem dizer, o que sentem, o que lhes apetece e podem fazer e a ??? se pode pedir ajuda.</p> <p>P36: Ouvir a criança/adolescente exprimir os seus sentimentos/angustias e demonstrar apoio.</p> <p>P37: Manter uma relação de confiança e proximidade com a criança, manter uma atitude ativa e recetiva na recolha de informação (observação do estado físico e emocional).</p> <p>P38: Estabelecer com a criança uma relação empática e de confiança num ambiente próprio à colheita de informação</p>	31

		<p>P39: Estabelecer relação de confiança. Permitir verbalizar ocorrências/sentimentos, sem forçar essa comunicação...</p> <p>P44: Permitir a abertura da criança para abordar o ocorrido.</p> <p>P52: mostrava disponibilidade para o ouvir e para estar com ele. Evitava a sua exposição, evitava também a repetição de colheita de dados da história (...) Caso o agressor ou familiar esteja com a criança, evito questões ou afirmações que demonstrem acusação ou julgamento.</p> <p>P54: Devo demonstrar sempre à criança/adolescente que pode confiar em mim, e que estou ali para a ajudar no que for necessário e não para a julgar.</p> <p>P55: Primeira abordagem não diferenciada em relação às outras crianças, mas falar num tom baixo de voz de forma a só o profissional, acompanhante e criança ouvirem.</p> <p>P56: Adoto mais a posição de escuta e disponibilidade para com os pais e família.</p> <p>P57: Perante uma criança/adolescente vítima de abuso sexual, em primeiro tentava estabelecer um diálogo para criar confiança e depois perceber, num ambiente privado e adequado o que realmente terá acontecido demonstrando que naquele momento estaremos para o ajudar.</p> <p>P60: Abordar o assunto com delicadeza e descrição para que a criança/adolescente se sinta à vontade em descrever a situação (...) Transmitir-lhe confiança para ela contar o sucedido e as suas emoções.</p> <p>P64: Procurava criar um clima de aceitação e compreensão. Fazer com que se sentisse em segurança e fosse capaz de expressar sentimentos - atendendo à idade. por exemplo, se for criança pode fazer desenhos, se for adolescente pode verbalizar. A abordagem depende também do sexo e, se for por exemplo uma adolescente do sexo feminino, na 1ª abordagem hospitalar, provavelmente na minha ação começaria por questionar se preferia falar com uma colega do sexo feminino.</p> <p>P66: não desvalorizando a situação e tentando colocar-me no lugar do outro.</p> <p>P68: não fazer perguntas; não pedir para vivenciar/descrever a situação;</p> <p>P70: Atitude de ajuda e compreensão permitindo à criança a verbalização e expressão dos seus problemas/sentimentos/emoções.</p>	
	<p>Encaminhar para entidade competente</p>	<p>P2: encaminhar a situação para o núcleo hospitalar de apoio a crianças e jovens em risco (NHACJR) uma vez que é o organismo mais habilitado a lidar com estes problemas e que dão resposta ao nível do processo legal e ajudam a criança/adolescente e família.</p> <p>P3: Comunicar o caso.</p> <p>P4: Depois encaminhar para as pessoas mais indicadas sobre o assunto.</p> <p>P5: chegar às entidades competentes e iniciar o processo.</p> <p>P6: Levaria a vítima à urgência da pediatria para que possa ser avaliada e rosseguir com o encaminhamento para a medicina legal ou equiparado e, se necessário, acompanhamento por psicologia e serviço social</p> <p>P11: Em meio hospitalar contataria médico assistente ou médico de serviço e o serviço social. Fora do meio hospitalar contataria a policia ou utilizaria uma das linhas de apoio à vítima disponíveis.</p> <p>P12: Apesar de nunca ter tido essa experiencia, se acontecesse chamava a policia e denunciava o caso.</p> <p>P14: informaria o médico.</p> <p>P15: Pediria colaboração do serviço social;</p> <p>Colaborava com as identidades médicas competentes.</p> <p>P16: informar o médico da criança. Se tiver alguma equipa específica como "maus tratos", informar e perguntar qual a atuação mais correta a ter com a criança e com a família que a acompanha.</p> <p>P17: Encaminhava para a equipa de crianças em risco (médico, ass. social).</p> <p>P18: usando de todos os meios ao meu alcance para encaminhar para outros profissionais, nomeadamente a "equipa de risco" do hospital.</p> <p>P20: Como já referi, não tenho experiência nessa área, e além do encaminhamento para as autoridades e assistência médica, não sei como reagiria perante uma situação de abuso sexual.</p>	<p>35</p>

		<p>P21: contataria assistente social ou uma equipa hospitalar responsável por estas situações.</p> <p>P22: chamaria apoio na área.</p> <p>P25: denunciaria às autoridades competentes.</p> <p>P26: encaminhando a criança para a equipa de risco que está mais apta a lidar com estas situações.</p> <p>P28: Seguir todos os "trâmites legais" mantendo sempre sigilo profissional.</p> <p>P30: Contactar "equipa de risco".</p> <p>P33: Comunicar às autoridades responsáveis. Se fosse no hospital contactar a equipa que está responsável por este tipo de situações.</p> <p>P36: Encaminhar a situação para as autoridades/pessoas responsáveis e com formação nesta área.</p> <p>P37: Comunicação ao Ministério Público.</p> <p>P38: conseguir encaminhar o caso para os profissionais competentes, no máximo interesse da criança.</p> <p>P40: comunicação por parte do responsável da área para comissão de menores.</p> <p>P42: Contactar medicina legal.</p> <p>P43: Encaminhamento para hospital para poder ser avaliado pela medicina legal e realizada a denúncia à comissão de risco.</p> <p>P46: Avisaria as autoridades competentes.</p> <p>P48: Referenciava o caso.</p> <p>P49: Tentaria referenciar a situação a um médico, para que pudesse ser comprovado ou não a situação.</p> <p>Faria de tudo para que o processo seguisse como previsto na lei.</p> <p>P50: Denunciava à polícia, com proteção para a própria.</p> <p>P53: Quando deteto ou suspeito dessa possibilidade, tento encaminhar a criança para alguém (médico/assistente social) competente na área.</p> <p>P56: identificar e encaminhar a situação o mais rapidamente possível</p> <p>P63: Teria que ser contactados os profissionais competentes para avaliar a situação;</p> <p>P69: Pedir à vítima para apresentar queixa nas autoridades competentes e dirigir-se a um hospital para ser observada por um médico / medicina legal.</p> <p>P70: encaminhamento para equipa específica.</p>	
	Envolvimento multiprofissional	<p>P5: informaria as chefias e equipa multidisciplinar</p> <p>P8: Em contexto profissional e por nunca ter tido contato com uma situação nova, possivelmente tentaria envolver outros elementos da equipa multiprofissional que trabalha comigo (equipa médica/psicóloga), assim como procuraria recorrer a outros profissionais de saúde, que em contexto hospitalar sabem identificar e atuar perante essa situação.</p> <p>P19: Dar conhecimento ao médico da criança e prestar todo o apoio necessário.</p> <p>P24: Comunicar aos outros grupos de profissionais para ter certeza do diagnóstico. Com psicólogos, assistentes sociais para estudo do envolvimento familiar.</p> <p>P31: Em primeiro lugar contactando outros profissionais mais experientes da minha equipa, contactar assistente social e eventualmente psicóloga.</p> <p>P35: Descreveria os sinais encontrados, registava, encaminhava para outros profissionais, nomeadamente medicina legal, psicólogos, pedopsiquiatras.</p> <p>P37: Procurar informações junto a outros profissionais/equipas (professores, etc.). Envolvimento da equipa multidisciplinar do Hospital.</p> <p>P40: Contacto com os restantes elementos da equipa multidisciplinar (médico, enfermeiro, psicólogo, psiquiatra)</p> <p>P41: informaria a(o) responsável de turno e médico assistente.</p> <p>P44: Pedindo colaboração da Psicologia/Pedopsiquiatria.</p> <p>P54: Pedir a colaboração médica e do serviço social.</p> <p>P55: Encaminhamento para sala de espera e/ou gabinete a aguardar equipa da área e/ou pediatra mais velho de serviço ou pediatra de referência ou assistente social de referência.</p> <p>P60: Promover/requisitar/acionar equipa de profissionais na resolução do problema.</p> <p>P65: Tentaria ter sempre uma pessoa de referência nos cuidados prestados.</p> <p>Encaminhava a situação ao médico para agilizar o tempo de espera.</p> <p>P68: encaminhamento da situação para grupo multidisciplinar com essa função;</p> <p>P70: Encaminhamento para equipa multidisciplinar.</p>	16
	Dar tempo à pessoa para falar	<p>P4: Se a criança falar, deixar que ela descreva a situação e falar quando ela se sentir à vontade para o fazer.</p> <p>P13: Agiria com naturalidade só abordando diretamente o assunto quando a criança ou adolescente o fizesse.</p> <p>P14: Abordaria a criança no sentido de ela falar sobre o assunto, se assim se sentisse melhor</p> <p>P16: Deixar a criança falar do assunto, se ela o abordar, se não abordar não forçar a que fale da situação.</p>	16

		<p>P22: Tentaria que falasse sobre o assunto, no tempo que decidisse.</p> <p>P29: Tentaria dar liberdade para que ele me falasse livremente de acordo com a sua vontade, mostrando disponibilidade e não julgando.</p> <p>P38: dando-lhe o tempo e espaço necessário com o objetivo de obter informação correta</p> <p>P44: Propiciando espaço à criança numa fase inicial.</p> <p>P45: Evitar colocar demasiadas perguntas.</p> <p>Usar o tempo e o silêncio.</p> <p>Respeitar a vontade do abusado e na altura certa deixar o discurso fluir e aí tentar orientá-lo no sentido do reforço. No fundo, agir de forma a valorizar e gerir as suas necessidades.</p> <p>P46: De forma natural, sem levantar grandes questões e respeitando o espaço da vítima.</p> <p>P51: Dirigir questões diretamente à criança (respeitar pausas e silêncios);</p> <p>P52: Não forçava a criança/adolescente a falar</p> <p>P56: A experiência diz-me que não devemos aprofundar muito a situação na triagem, uma vez que as questões vão ser depois aprofundadas pelo médico e acaba por se tornar uma tortura para a criança e família.</p> <p>P58: Tentaria não forçar o diálogo</p> <p>P66: Respeitava o seu espaço e não o obrigava a falar ou fazer nada que lhe parecesse ofensivo. Dando espaço para se exprimir</p> <p>P67: falaria com a mesma, caso ela estivesse recetiva a conversar. Durante a abordagem tentaria respeitar o espaço da criança/adolescente dando-lhe tempo e oportunidade de falar sobre o que quisesse durante o tempo que quisesse.</p>	
--	--	---	--